2027年1月1日至12月31日

2027年《承保範圍說明書》：

您身為Kaiser Permanente Senior Advantage (HMO) 會員所享有的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 健康福利和服務及藥物承保範圍

本文件為您提供從2027年1月1日至12月31日，與您聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 健康和藥物承保範圍有關的詳細資訊。**本文件是一份重要的法律文件。請將本文件妥善保管於安全的地方**。

本文件會解釋您的福利和權利。利用本文件以瞭解：

- 您的計劃保費和成本分擔
- 您的醫療和藥物福利
- 如果您對服務與治療感到不滿，如何提交投訴
- 如何與我們聯絡
- 聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 法律所要求的其他保護措施

如對本文件有疑問，請撥打1-800-443-0815與會員服務部聯絡（聽障及語障電話專線使用者請撥打711）。服務時間為每週7天，上午8:00至晚上8:00。此為免費電話。

本Kaiser Permanente Senior Advantage計劃是由北加州地區的
Kaiser Foundation Health Plan, Inc.（Kaiser基金會保健計劃公司）（以下簡稱為「保健計劃」）提供。當本《承保範圍說明書》*(Evidence of Coverage)* 提及「我們」或「我們的」時，其意指「保健計劃」。若提及「計劃」或「我們的計劃」，則意指
Kaiser Permanente Senior Advantage (Senior Advantage)。

本文件的西班牙文版和中文版為免費提供。

本文件有大字版、盲文版、音訊檔案或資料檔，如果您有需要，請打電話給會員服務部。

福利、保費、免賠額和／或共付額／共保額可能會於2028年1月1日變更。

承付藥物手冊、藥房網絡和／或保健業者網絡可能會隨時變更。您將至少提前30天收到可能影響您的任何變更通知。

H0524_27ENCALZH_C
PBP #: 008, 013, 031, 032, 033, 038, 039, 040, 041, 042, 043, 046, 051, 054, 059, 060, 061, 062, 063, 064 & 065
4383425012_NCAL_ZH
OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)

KAISER PERMANENTE®

目錄

第1章：會員入門指南.....5

第1節 您是Kaiser Permanente Senior Advantage的會員 5

第2節 計劃入保資格要求 7

第3節 重要會員資格資料 11

第4節 2027年重要費用概要..... 13

第5節 與您的計劃月保費有關的更多資訊 28

第6節 請將計劃會員資格記錄保持在最新狀態 30

第7節 其他保險如何與本計劃協調運作 31

第2章：電話號碼及資源 33

第1節 Kaiser Permanente Senior Advantage聯絡資訊 33

第2節 從聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 取得幫助 38

第3節 州健康保險協助計劃 (SHIP) 39

第4節 品質改進組織 (QIO)..... 40

第5節 社會安全局 41

第6節 聯邦／州醫療保健輔助計劃 42

第7節 幫助人們支付處方藥費用的計劃 43

第8節 鐵路職工退休委員會 (RRB) 46

第9節 您是否享有由僱主提供的團體保險或其他健康保險 46

第3章：使用我們的計劃獲得醫療服務 47

第1節 身為本計劃會員如何獲得醫療護理 47

第2節 使用本計劃網絡的保健業者獲得醫療護理 48

第3節 如何在緊急情況、災害或急需醫療護理時獲得服務 53

第4節 如果您直接收到承保服務的全額費用帳單該怎麼辦？ 55

第5節 臨床試驗研究中的醫療服務 56

第6節 關於在宗教性非醫療健康護理機構獲得醫護服務的規定 57

第7節 耐用醫療器材所有權規定 58

第4章：醫療福利表（承保內容及應付費用） 60

第1節 瞭解您為承保服務支付的自付費用 60

第2節 醫療福利表列有您的醫療福利與費用 62

第3節 不屬於本計劃承保範圍的服務（除外項目） 165

第5章：使用計劃的D部分藥物保險 172

第1節 本計劃D部分保險的基本規定 172

第2節 在網絡藥房或透過本計劃的郵購服務配領處方藥 172

第3節 您的藥物必須列於本計劃的藥物清單 175

第4節 有承保範圍限制的藥物 177

第5節 如果您的藥物之一未按您希望的方式獲得承保該怎麼辦 178

第6節 藥物清單可能會在一年當中有所變更 180

第7節 我們不承保的藥物類型 182

第8節 如何配領處方藥 183

第9節 在特殊情況下的D部分藥物承保範圍 183

第10節 用藥安全及藥物管理計劃 185

第6章：您需為D部分藥物支付的費用 187

第1節 您需為D部分藥物支付的費用 187

第2節 本計劃會員的藥物付款階段 190

第3節 D部分理賠說明 *(EOB)* 將解釋您所處的付款階段 190

第4節 Kaiser Permanente Senior Advantage沒有免賠額 191

第5節 初始承保階段 191

第6節 重大傷病承保階段 199

第7節 您需為D部分疫苗支付的費用 200

第7章：請求我們對承保醫療服務或藥物支付我們應分擔的帳單費用 202

第1節 您應要求我們支付承保服務或藥物成本分擔的情況 202

第2節 如何要求我們償還您已支付的費用或支付您收到的帳單 204

第3節 我們會審查您的付款要求並告知您我們是否批准 205

第8章：您的權利與責任 206

第1節 本計劃必須尊重您的權利與文化需求 206

第2節 您身為本計劃會員的責任 212

第9章：如果您遇到問題或想提出投訴（承保決定、上訴及投訴） 214

第1節 如果您有問題或疑慮該怎麼辦 214

第2節 從何處獲得更多資訊及個人化幫助 214

第3節 您的問題應使用哪項程序處理 215

第4節 承保決定與上訴指南 215

第5節 醫療護理：如何要求承保決定或提出上訴 218

第6節 D部分藥物：如何要求承保決定或提出上訴 225

第7節 如果您認為自己過早出院，如何要求我們承保更長的住院時間 233

第8節 如果您認為您的保險太早終止，如何要求我們繼續承保某些醫療服務 237

第9節 提出第3、4及5級上訴 240

第10節 如何提出有關醫護品質、候診時間、客戶服務或其他疑慮的投訴 243

第10章：終止本計劃的會員資格 246

第1節 終止您在本計劃的會員資格 246

第2節 您可在何時終止您在本計劃的會員資格？ 246

第3節 如何終止您在本計劃的會員資格 248

第4節 在您的會員資格終止之前，您必須繼續透過本計劃獲得您的醫療用品、服務和藥物 249

第5節 在某些情形下，我們必須終止您在本計劃的會員資格 249

第11章：法律聲明 251

第1節 有關管轄法律的聲明 251

第2節 有關反歧視的聲明 251

第3節 有關聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 第二順位付款方代位求償權的聲明 251

第4節 對本《承保範圍說明書》的管理 251

第5節 申請和聲明 252

第6節 權利轉讓 252

第7節　律師及代言人費用和開支 252
第8節　福利協調 252
第9節　僱主責任 252
第10節 《承保範圍說明書》對會員的約束力 252
第11節 政府機構的責任 253
第12節 會員無付款責任 253
第13節 不得放棄權利 253
第14節 聲明 253
第15節 超額付款追討 253
第16節 第三方責任 253
第17節 美國退伍軍人事務部 254
第18節 工傷賠償或僱主責任福利 254
第19節 代孕 255
第20節 具約束力的仲裁 255

第12章：定義 259

第1章：
會員入門指南

第1節　您是Kaiser Permanente Senior Advantage的會員

第1.1節　您入保Kaiser Permanente Senior Advantage，該計劃是聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的健康維護組織 (HMO)

您已經獲得聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的承保，且您選擇透過本計劃 Kaiser Permanente Senior Advantage 來獲取您的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 健康及處方藥保險。本計劃涵蓋所有Medicare計劃A部分和Medicare計劃B部分服務。然而，本計劃的成本分擔和保健業者的使用規定與Original Medicare不同。

Kaiser Permanente Senior Advantage是一項Medicare Advantage HMO計劃（HMO是健康維護組織的英文縮寫），該計劃已獲得聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 批准並由一家私營公司管理。

本《承保範圍說明書》說明了下列計劃，而這些計劃均包括Medicare D部分的處方藥保險：

- Kaiser Permanente Senior Advantage Alam., San Francisco, Napa (HMO) – 在本文件中稱為「**Alameda, Napa, and San Francisco Counties計劃**」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Basic Alameda (HMO) – 在本文件中稱為「**Alameda County Basic計劃**」。
- Kaiser Permanente Sr Adv Basic Contra Costa (HMO) – 在本文件中稱為「**Contra Costa County Basic計劃**」。
- Kaiser Permanente Sr Adv Enhanced Contra Costa (HMO) – 在本文件中稱為「**Contra Costa County Enhanced計劃**」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Basic Fresno (HMO) – 在本文件中稱為「**Greater Fresno Area Basic計劃**」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced Fresno (HMO) – 在本文件中稱為「**Greater Fresno Area Enhanced計劃**」。
- Kaiser Permanente Sr Advantage Basic Sac., Sonoma (HMO) – 在本文件中稱為「**Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic計劃**」。

- Kaiser Permanente Sr Adv Enhanced Sac., Sonoma (HMO) – 在本文件中稱為「**Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced計劃**」。
- Kaiser Permanente Sr Adv Enhanced Marin San Mateo (HMO) – 在本文件中稱為「**Marin and San Mateo Counties Enhanced計劃**」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Basic Marin (HMO) – 在本文件中稱為「**Marin County Basic計劃**」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Basic San Francisco (HMO) – 在本文件中稱為「**San Francisco County Basic計劃**」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Basic SnJoaq (HMO) – 在本文件中稱為「**San Joaquin County Basic計劃**」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced SnJoaq (HMO) – 在本文件中稱為「**San Joaquin County Enhanced計劃**」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Basic San Mateo (HMO) – 在本文件中稱為「**San Mateo County Basic計劃**」。
- Kaiser Permanente Sr Adv Basic Santa Clara (HMO) – 在本文件中稱為「**Santa Clara County Basic計劃**」。
- Kaiser Permanente Sr Adv Enhanced Santa Clara (HMO) – 在本文件中稱為「**Santa Clara County Enhanced計劃**」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Santa Cruz (HMO) – 在本文件中稱為「**Santa Cruz County計劃**」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Basic Solano (HMO) – 在本文件中稱為「**Solano County Basic計劃**」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced Solano (HMO) – 在本文件中稱為「**Solano County Enhanced計劃**」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Basic Stanis (HMO) – 在本文件中稱為「**Stanislaus County Basic計劃**」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced Stanis (HMO) – 在本文件中稱為「**Stanislaus County Enhanced計劃**」。

如果您不確定自己入保的是哪項計劃，請打電話給會員服務部或參閱您的「年度變更通知」封面（或者，如為新會員，請參閱您的入保申請表或入保確認函）。

註：請參閱本章的第2.2節，以瞭解本《承保範圍說明書》中每項計劃之服務區的地理位置。就保費、成本分擔、入保和退保而言，本地區的服務區有多種Senior Advantage計劃，具體內容詳見本《承保範圍說明書》。不過，就獲得承保服務而言，您可以在本地區服務區內任何地方獲得網絡保健業者的醫療護理。

第1.2節　與《承保範圍說明書》相關的法律資訊

本《承保範圍說明書》是我們與您簽訂之合約的一部分，內容在向您解釋我們如何承保您的醫護服務。本合約的其他部分包括您的入保申請表、《2027年完整承付藥物手冊》(2027 Comprehensive Formulary)，以及我們寄給您的任何通知，以告知您承保範圍的變更或會影響承保範圍的條件。此類通知有時也稱為「附約」或「修訂」。

本合約在您2027年1月1日至2027年12月31日入保Kaiser Permanente Senior Advantage的月份有效。

聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 允許我們在每個日曆年度對所提供的計劃進行變更。也就是說，我們可在2027年12月31日之後變更計劃費用和福利。我們也可選擇在2027年12月31日之後停止向您所在的服務區提供本計劃。

聯邦醫療保險計劃 (Medicare)（Medicare與Medicaid服務中心）必須每年批准本計劃。只要我們選擇繼續提供本計劃且聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 繼續批准本計劃，您就可以繼續以本計劃的會員身分獲得聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 保險。

第2節　計劃入保資格要求

第2.1節　入保資格要求

只要滿足以下所有條件，您就有資格成為我們計劃的會員：

- 您同時擁有Medicare A部分和Medicare B部分。
- 您居住在我們的地理服務區內（如第2.2節所述）。如果您從1999年一月以前起便一直是本計劃的會員，且您在1999年一月以前住在我們的服務區外，則只要您從1999年一月以前起便一直沒有搬家，您將仍保有入保本計劃的資格。被監禁的人士即使身處地理服務區內也不被視為居住在該服務區內。
- 您是美國公民或美國國民，或是符合資格的非公民。

第2.2節 Kaiser Permanente Senior Advantage的計劃服務區

本計劃僅適用於居住在該計劃服務區的人。要繼續成為本計劃的會員，您必須繼續居住在我們的服務區。服務區的說明如下。

Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced計劃（適用於居住在該計劃服務區的人士）

這些計劃的服務區包括加州的**Alameda**、**Napa**及**San Francisco縣**。

Alameda County Basic計劃（適用於居住在該計劃服務區的人士）

該計劃的服務區包括加州的**Alameda縣**。

Contra Costa County Basic或Enhanced計劃（適用於居住在這些計劃服務區的人士）

這些計劃的服務區包括加州的**Contra Costa縣**。

Greater Fresno Area Basic或Enhanced計劃（適用於居住在這些計劃服務區的人士）

這些計劃的服務區包括加州以下郡縣的部分地區，**僅限下列郵遞區號**：

- **Fresno縣**：93242, 93602, 93606–07, 93609, 93611–13, 93616, 93618–19, 93624–27, 93630–31, 93646, 93648–52, 93654, 93656–57, 93660, 93662, 93667–68, 93675, 93701–12, 93714–18, 93720–30, 93737, 93740–41, 93744–45, 93747, 93750, 93755, 93760–61, 93764–65, 93771–79, 93786, 93790–94, 93844和93888。
- **Kings縣**：93230, 93232, 93242, 93631和93656。
- **Madera縣**：93601–02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636–39, 93643–45, 93653, 93669和93720。
- **Mariposa縣**：93601, 93623和93653。
- **Tulare縣**：93238, 93261, 93618, 93631, 93646, 93654, 93666和93673。

Greater Sacramento Area和Sonoma County Basic或Enhanced計劃（適用於居住在這些計劃服務區的人士）

這些計劃的服務區包括加州的**Sacramento縣**。此外，我們的服務區包括加州以下郡縣的部分地區，**僅限下列郵遞區號**：

- **Amador縣**：95640和95669。
- **El Dorado縣**：95613–14, 95619, 95623, 95633–35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682和95762。

- **Placer縣：**95602–04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677–78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746–47和95765。
- **Sonoma縣：**94515, 94922–23, 94926–28, 94931, 94951–55, 94972, 94975, 94999, 95401–07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430–31, 95433, 95436, 95439, 95441–42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471–73, 95476, 95486–87和95492。
- **Sutter縣：**95626, 95645, 95659, 95668, 95674, 95676, 95692和95836-37。
- **Yolo縣：**95605, 95607, 95612, 95615–18, 95620, 95645, 95691, 95694–95, 95697–98, 95776和95798–99。
- **Yuba縣：**95692, 95903和95961。

Marin and San Mateo counties Enhanced計劃（適用於居住在該計劃服務區的人士）

這些計劃的服務區包括加州的**Marin**和**San Mateo縣**。

Marin County Basic計劃（適用於居住在該計劃服務區的人士）

該計劃的服務區包括加州的**Marin縣**。

San Francisco County Basic計劃（適用於居住在該計劃服務區的人士）

該計劃的服務區包括加州的**San Francisco縣**。

San Joaquin County Basic或Enhanced計劃（適用於居住在這些計劃服務區的人士）

這些計劃的服務區包括加州的**San Joaquin縣**。

San Mateo County Basic計劃（適用於居住在該計劃服務區的人士）

該計劃的服務區包括加州的**San Mateo縣**。

Santa Clara County Basic或Enhanced計劃（適用於居住在這些計劃服務區的人士）

這些計劃的服務區包括加州Santa Clara縣的部分地區，僅限下列郵遞區號：94022–24, 94035, 94039–43, 94085–89, 94301–06, 94309, 94550, 95002, 95008–09, 95011, 95013–15, 95020–21, 95026, 95030–33, 95035–38, 95042, 95044, 95046, 95050–56, 95070–71, 95076, 95101, 95103, 95106, 95108–13, 95115–36, 95138–41, 95148, 95150–61, 95164, 95170, 95172–73, 95190–94和95196。

Santa Cruz County計劃（適用於居住在該計劃服務區的人士）

該計劃的服務區包括加州的**Santa Cruz縣**。

Solano County Basic計劃（適用於居住在該計劃服務區的人士）

該計劃的服務區包括加州的**Solano縣**。

Solano County Enhanced計劃（適用於居住在該計劃服務區的人士）

該計劃的服務區包括加州的**Solano縣**。此外，如果您從1998年12月31日開始便持續入保Senior Advantage，且您所有時間皆居住在我們服務區外的相同住址，該計劃包括居住在我們北加州地區服務區外的會員。

Stanislaus County Basic或Enhanced計劃（適用於居住在這些計劃服務區的人士）

這些計劃的服務區包括加州的**Stanislaus縣**。

如果您搬到本計劃的服務區外，您將不能繼續保有本計劃的會員資格。請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡，以確認我們是否有在您的新居住地提供計劃。當您搬遷時，您將享有特殊入保期，以便轉換到Original Medicare，或在您的新居住地入保聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 保健計劃或藥物計劃。

如果您搬遷或更改郵寄地址，也請務必打電話給社會安全局。請撥打**1-800-772-1213**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**1-800-325-0778**）與社會安全局聯絡。

第2.3節　美國公民或美國國民，或是符合資格的非公民

您必須是美國公民或美國國民，或是符合資格的非公民，才能成為聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 保健計劃的會員。如果根據此規定您不符合保留本計劃會員身分的資格，聯邦醫療保險計劃 (Medicare)（Medicare與Medicaid服務中心）將會通知我們。如果您不符合此項規定，我們就必須將您退保。

第3節　重要會員資格資料

第3.1節　本計劃的會員卡

在接受本計劃的承保服務以及在網絡藥房配領處方藥時，請使用您的會員卡。如果您有聯邦／州醫療保健輔助計劃卡，您也應向保健業者出示該卡。計劃會員卡樣本：

在入保本計劃期間，請勿使用聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 紅白藍卡來獲得承保醫療服務。如果您使用聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 卡而不是使用Senior Advantage會員卡，則您可能必須自己支付醫療服務的全額費用。請將您的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 卡保存在安全的地方。如果您需要醫院服務、安寧護理服務，或參加聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 批准的臨床研究試驗（也稱為臨床試驗），您可能需要出示您的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 卡。

如果本計劃的會員卡損壞、遺失或遭竊，請立即撥打**1-800-443-0815**與會員服務部聯絡（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**），我們將會郵寄新卡給您。

第3.2節　保健業者名錄

《保健業者名錄》(Provider Directory) **kp.org/directory** 列有本計劃目前的網絡保健業者和耐用醫療器材供應商。**網絡保健業者**是與我們簽訂協議，願意接受我們支付的款項和任何計劃成本分擔作為其服務全額付款的醫生和其他保健專業人員、專業醫療服務集團、耐用醫療器材供應商、醫院及其他保健設施。

您必須使用網絡保健業者來取得醫療護理與服務。如果您在未經適當授權的情況下在其他地方取得醫療護理與服務，您將需支付全額費用。僅有的例外情形包括急診、沒有網絡保健業者可用時（即在合理或可能的情況下無法取得網絡內服務的情況）的緊急需求服務、區外腎透析服務以及本計劃授權使用網絡外保健業者的情形。

您可在我們的網站**kp.org/directory**找到最新版的保健業者和供應商清單。

如果您沒有《保健業者名錄》，您可以撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）向會員服務部索取一份複本（電子或紙本格式）。在索取紙本《保健業者名錄》後，我們將在3個工作日內郵寄給您。

第3.3節　《藥房名錄》

《藥房名錄》(**kp.org/directory**) 列出了我們的網絡藥房。**網絡藥房**是指同意為本計劃會員配發承保處方藥的藥房。請使用《藥房名錄》來尋找您想使用的網絡藥房。有關您何時可以使用本計劃網絡外藥房的資訊，請參閱第5章第2.4節。

如果您沒有《藥房名錄》，您可以撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）向會員服務部索取一份複本。您也可以在我們的網站**kp.org/directory**找到這些資訊。

第3.4節　藥物清單（承付藥物手冊）

本計劃有一份《2027年完整承付藥物手冊》（又稱為藥物清單或承付藥物手冊）。藥物清單會列出根據本計劃D部分福利所承保的處方藥。本清單中的藥物由本計劃在醫生和藥劑師的幫助下選擇。藥物清單必符合所有聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 要求。納入聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 藥物價格協商計劃的藥物將會列入您的藥物清單中，除非該藥物依照第5章第6節所述已被移除或替換。聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 已批准本計劃的藥物清單」。

該藥物清單還會向您說明是否有任何限制您藥物承保範圍的規定。

我們將為您提供一份藥物清單的複本。如欲取得最完整且最新的資訊以瞭解哪些藥物屬於承保範圍，請訪問**kp.org/seniorrx**或撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡。

第4節　2027年重要費用概要

	您在2027年的費用
計劃月保費* *您的保費可能會比所列金額更高，也有可能更低。請參閱第4.1節以瞭解詳情。	• **Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – $105** • **Alameda County Basic – $28** • **Contra Costa County Basic – $29** • **Contra Costa County Enhanced – $98** • **Greater Fresno Area Basic – $29** • **Greater Fresno Area Enhanced – $95** • **Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – $29** • **Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – $99** • **Marin and San Mateo Counties Enhanced – $97** • **Marin County Basic – $27** • **San Francisco County Basic – $28** • **San Joaquin County Basic – $29** • **San Joaquin County Enhanced – $96** • **San Mateo County Basic – $28** • **Santa Clara County Basic – $27** • **Santa Clara County Enhanced – $101** • **Santa Cruz County – $92** • **Solano County Basic – $29** • **Solano County Enhanced – $98** • **Stanislaus County Basic – $25** • **Stanislaus County Enhanced – $89**

	您在**2027**年的費用
自付上限 此金額為您為屬於承保範圍的Medicare計劃A部分和Medicare計劃B部分服務自付的最高金額。（詳情請參閱第4章第1節。）	• **Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – $3,900** • **Alameda County Basic – $6,000** • **Contra Costa County Basic – $6,000** • **Contra Costa County Enhanced – $3,900** • **Greater Fresno Area Basic – $4,900** • **Greater Fresno Area Enhanced – $2,900** • **Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – $6,000** • **Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – $3,900** • **Marin and San Mateo Counties Enhanced – $3,900** • **Marin County Basic – $6,000** • **San Francisco County Basic – $6,000** • **San Joaquin County Basic – $4,400** • **San Joaquin County Enhanced – $2,500** • **San Mateo County Basic – $6,000** • **Santa Clara County Basic – $6,000** • **Santa Clara County Enhanced – $3,900** • **Santa Cruz County – $4,900** • **Solano County Basic – $6,000** • **Solano County Enhanced – $3,900** • **Stanislaus County Basic – $4,900** • **Stanislaus County Enhanced – $2,500**

	您在**2027**年的費用
基本護理診所就診	視您所入保的計劃而定，您每次基本護理就診所需支付的費用如下： • **Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – $0** • **Alameda County Basic – $0** • **Contra Costa County Basic – $0** • **Contra Costa County Enhanced – $0** • **Greater Fresno Area Basic – $0** • **Greater Fresno Area Enhanced – $0** • **Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – $0** • **Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – $0** • **Marin and San Mateo Counties Enhanced – $0** • **Marin County Basic – $0** • **San Francisco County Basic – $0** • **San Joaquin County Basic – $0** • **San Joaquin County Enhanced – $0** • **San Mateo County Basic – $0** • **Santa Clara County Basic – $0** • **Santa Clara County Enhanced – $0** • **Santa Cruz County – $0** • **Solano County Basic – $0** • **Solano County Enhanced – $0** • **Stanislaus County Basic – $0** • **Stanislaus County Enhanced – $0**

	您在2027年的費用
專科醫生診所就診	依您所入保的計劃而定，您每次專科醫護就診所需支付的費用如下： • **Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – $15** • **Alameda County Basic – $30** • **Contra Costa County Basic – $30** • **Contra Costa County Enhanced – $15** • **Greater Fresno Area Basic – $30** • **Greater Fresno Area Enhanced – $15** • **Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – $30** • **Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – $15** • **Marin and San Mateo Counties Enhanced – $15** • **Marin County Basic – $30** • **San Francisco County Basic – $30** • **San Joaquin County Basic – $20** • **San Joaquin County Enhanced – $10** • **San Mateo County Basic – $30** • **Santa Clara County Basic – $30** • **Santa Clara County Enhanced – $20** • **Santa Cruz County – $25** • **Solano County Basic – $30** • **Solano County Enhanced – $15** • **Stanislaus County Basic – $20** • **Stanislaus County Enhanced – $10**

	您在**2027**年的費用
住院 包括各種住院，例如緊急醫護復健和長期護理。住院從您在醫生醫囑下正式辦理住院的當天開始算起，並於您出院的前一天結束。	每次住院都會收取成本分擔費用。 依您所入保的計劃而定，對於**第1-5天**，您每天需支付以下費用： • **Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – $350** • **Alameda County Basic – $400** • **Contra Costa County Basic – $410** • **Contra Costa County Enhanced – $310** • **Greater Fresno Area Basic – $380** • **Greater Fresno Area Enhanced – $260** • **Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – $450** • **Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – $360** • **Marin and San Mateo Counties Enhanced – $310** • **Marin County Basic – $400** • **San Francisco County Basic – $400** • **San Joaquin County Basic – $380** • **San Joaquin County Enhanced – $250** • **San Mateo County Basic – $400** • **Santa Clara County Basic – $410** • **Santa Clara County Enhanced – $350** • **Santa Cruz County – $400** • **Solano County Basic – $440** • **Solano County Enhanced – $340** • **Stanislaus County Basic – $360** • **Stanislaus County Enhanced – $290** 此後，在您承保住院的剩餘期間，您需支付**$0**。

	您在**2027**年的費用
D部分藥物保險 （請參閱第6章以瞭解詳情，包括年度免賠額、初始承保和重大傷病承保階段。）	**D部分藥物保險免賠額** • **Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – $0** • **Alameda County Basic – $0** • **Contra Costa County Basic – $0** • **Contra Costa County Enhanced – $0** • **Greater Fresno Area Basic – $0** • **Greater Fresno Area Enhanced – $0** • **Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – $0** • **Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – $0** • **Marin and San Mateo Counties Enhanced – $0** • **Marin County Basic – $0** • **San Francisco County Basic – $0** • **San Joaquin County Basic – $0** • **San Joaquin County Enhanced – $0** • **San Mateo County Basic – $0** • **Santa Clara County Basic – $0** • **Santa Clara County Enhanced – $0** • **Santa Cruz County – $0** • **Solano County Basic – $0** • **Solano County Enhanced – $0** • **Stanislaus County Basic – $0** • **Stanislaus County Enhanced – $0** 初始承保階段的成本分擔 藥物層級**1**： • **Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – $0** • **Alameda County Basic – $0** • **Contra Costa County Basic – $0**

	您在2027年的費用
	• **Contra Costa County Enhanced – $0** • **Greater Fresno Area Basic – $0** • **Greater Fresno Area Enhanced – $0** • **Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – $0** • **Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – $0** • **Marin and San Mateo Counties Enhanced – $0** • **Marin County Basic – $0** • **San Francisco County Basic – $0** • **San Joaquin County Basic – $0** • **San Joaquin County Enhanced – $0** • **San Mateo County Basic – $0** • **Santa Clara County Basic – $0** • **Santa Clara County Enhanced – $0** • **Santa Cruz County – $0** • **Solano County Basic – $0** • **Solano County Enhanced – $0** • **Stanislaus County Basic – $0** • **Stanislaus County Enhanced – $0** 藥物層級2： • **Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – $5** • **Alameda County Basic – $0** • **Contra Costa County Basic – $5** • **Contra Costa County Enhanced – $5** • **Greater Fresno Area Basic – $5** • **Greater Fresno Area Enhanced – $5** • **Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – $5** • **Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – $5**

	您在2027年的費用
	• **Marin and San Mateo Counties Enhanced – $5** • **Marin County Basic – $10** • **San Francisco County Basic – $5** • **San Joaquin County Basic – $5** • **San Joaquin County Enhanced – $5** • **San Mateo County Basic – $0** • **Santa Clara County Basic – $0** • **Santa Clara County Enhanced – $5** • **Santa Cruz County – $5** • **Solano County Basic – $0** • **Solano County Enhanced – $5** • **Stanislaus County Basic – $10** • **Stanislaus County Enhanced – $5** 藥物層級3： • **Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – $47** • **Alameda County Basic – $47** • **Contra Costa County Basic – $47** • **Contra Costa County Enhanced – $47** • **Greater Fresno Area Basic – $47** • **Greater Fresno Area Enhanced – $47** • **Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – $47** • **Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – $47** • **Marin and San Mateo Counties Enhanced – $47** • **Marin County Basic – $47** • **San Francisco County Basic – $47** • **San Joaquin County Basic – $47** • **San Joaquin County Enhanced – $47** • **San Mateo County Basic – $47**

	您在**2027**年的費用
	• **Santa Clara County Basic – $47** • **Santa Clara County Enhanced – $47** • **Santa Cruz County – $47** • **Solano County Basic – $47** • **Solano County Enhanced – $47** • **Stanislaus County Basic – $47** • **Stanislaus County Enhanced – $47** 您需為此層級每項承保胰島素產品每個月藥量支付的費用將不會超過**$35**。 藥物層級**4**： • **Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – $100** • **Alameda County Basic – $100** • **Contra Costa County Basic – $100** • **Contra Costa County Enhanced – $100** • **Greater Fresno Area Basic – $100** • **Greater Fresno Area Enhanced – $100** • **Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – $100** • **Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – $100** • **Marin and San Mateo Counties Enhanced – $100** • **Marin County Basic – $100** • **San Francisco County Basic – $100** • **San Joaquin County Basic – $100** • **San Joaquin County Enhanced – $100** • **San Mateo County Basic – $100** • **Santa Clara County Basic – $100** • **Santa Clara County Enhanced – $100** • **Santa Cruz County – $100** • **Solano County Basic – $100**

	您在**2027**年的費用
	• **Solano County Enhanced – $100** • **Stanislaus County Basic – $100** • **Stanislaus County Enhanced – $100** 您需為此層級每項承保胰島素產品每個月藥量支付的費用將不會超過**$35**。 藥物層級**5**： • **Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – 30%** • **Alameda County Basic – 30%** • **Contra Costa County Basic – 30%** • **Contra Costa County Enhanced – 31%** • **Greater Fresno Area Basic – 29%** • **Greater Fresno Area Enhanced – 31%** • **Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – 30%** • **Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – 32%** • **Marin and San Mateo Counties Enhanced – 31%** • **Marin County Basic – 29%** • **San Francisco County Basic – 28%** • **San Joaquin County Basic – 31%** • **San Joaquin County Enhanced – 32%** • **San Mateo County Basic – 31%** • **Santa Clara County Basic – 31%** • **Santa Clara County Enhanced – 31%** • **Santa Cruz County – 29%** • **Solano County Basic – 31%** • **Solano County Enhanced – 32%** • **Stanislaus County Basic – 30%** • **Stanislaus County Enhanced – 32%**

	您在**2027**年的費用
	您需為此層級每項承保胰島素產品每個月藥量支付的費用將不會超過**$35**。 藥物層級**6**： • **Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – $0** • **Alameda County Basic – $0** • **Contra Costa County Basic – $0** • **Contra Costa County Enhanced – $0** • **Greater Fresno Area Basic – $0** • **Greater Fresno Area Enhanced – $0** • **Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – $0** • **Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – $0** • **Marin and San Mateo Counties Enhanced – $0** • **Marin County Basic – $0** • **San Francisco County Basic – $0** • **San Joaquin County Basic – $0** • **San Joaquin County Enhanced – $0** • **San Mateo County Basic – $0** • **Santa Clara County Basic – $0** • **Santa Clara County Enhanced – $0** • **Santa Cruz County – $0** • **Solano County Basic – $0** • **Solano County Enhanced – $0** • **Stanislaus County Basic – $0** • **Stanislaus County Enhanced – $0** 重大傷病承保階段： 在此付款階段，您無需為**D**部分承保藥物支付任何費用。

您的費用可能包括以下各項：

- 計劃保費（第4.1節）
- 每月Medicare B部分保費（第4.2節）
- 可選的補充福利保費（第4.3節）
- D部分逾期入保罰金（第4.4節）
- 與收入相關的月調整金（第4.5節）
- 聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 處方藥付款計劃金額（第4.6節）

第4.1節　計劃保費

作為本計劃的會員，您需要支付每月計劃保費。下表列出我們在服務區內提供的各項計劃每月計劃保費金額。

計劃名稱	計劃保費
Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced計劃	**$105**
Alameda County Basic計劃	**$28**
Contra Costa County Basic計劃	**$29**
Contra Costa County Enhanced計劃	**$98**
Greater Fresno Area Basic計劃	**$29**
Greater Fresno Area Enhanced計劃	**$95**
Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic計劃	**$29**
Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced計劃	**$99**
Marin and San Mateo Counties Enhanced計劃	**$97**
Marin County Basic計劃	**$27**
San Francisco County Basic計劃	**$28**

計劃名稱	計劃保費
San Joaquin County Basic計劃	**$29**
San Joaquin County Enhanced計劃	**$96**
San Mateo County Basic計劃	**$28**
Santa Clara County Basic計劃	**$27**
Santa Clara County Enhanced計劃	**$101**
Santa Cruz County計劃	**$92**
Solano County Basic計劃	**$29**
Solano County Enhanced計劃	**$98**
Stanislaus County Basic計劃	**$25**
Stanislaus County Enhanced計劃	**$89**

如您註冊額外福利（亦稱為**「可選的補充福利」**），則您每月需為這些額外福利支付額外保費。請參閱本章第4.3節以瞭解詳情。

在某些情形下，您的計劃保費可能會減少

額外補助計劃可協助資源有限的人士支付其藥物費用。請參閱第2章第7節以瞭解更多有關該計劃的資訊。如果您符合資格，入保該計劃可能可降低您的計劃月保費。

如果您已經從這其中一項計劃獲得補助，**本《承保範圍說明書》中的保費相關資訊將不適用於您。**我們已另外寄給您一份名為「獲得處方藥費用額外補助之人士的承保範圍說明書附約」（也稱為「低收入補助附約」或「LIS附約」）的文件，其中說明了您的藥物承保範圍。如果您未收到此插頁，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡並索取「LIS附約」。

Medicare B部分和D部分的保費因個人收入不同而有差異。如果您對這些保費有問題，請查閱您Medicare & You 2027（2027年聯邦醫療保險計劃 [Medicare] 與您）手冊中的「2027 Medicare Costs」（2027年聯邦醫療保險計劃 [Medicare] 費用）一節。從聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 網站 (**www.Medicare.gov/medicare-and-you**) 下載一份複本，或撥打**1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) 索取一份印刷版複本。聽障及語障電話專線使用者請撥打**1-877-486-2048**。

第4.2節　Medicare B部分月保費

許多會員必須支付其他聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 保費

除了支付計劃月保費外，您必須繼續支付聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的保費才能保有本計劃的會員資格。這包括您的Medicare計劃B部分保費。如果您沒有資格參加免保費的Medicare計劃A部分，您可能還需要支付Medicare計劃A部分的保費。

第4.3節　可選的補充福利保費

如果您註冊額外福利（亦稱為「可選的補充福利」，則您每月需為這些額外福利支付額外保費。請參閱第4章第2.1節以瞭解詳情。

可選的補充福利 (Advantage Plus) 月保費是**$17**。

第4.4節　D部分逾期入保罰金

部分會員需繳納D部分**逾期入保罰金**。D部分逾期入保罰金屬於額外保費，如果在您首次入保期結束後的任何時間，有連續63天或63天以上未入保D部分或其他可抵免藥物保險，則必須支付該罰金。可抵免藥物保險是符合聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 最低標準的保險，因為其平均支付額預計至少相當於聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的標準藥物保險。逾期入保罰金的費用取決於您有多長時間沒有D部分或其他可抵免藥物保險。只要您擁有D部分保險，您通常必須支付此罰金。

D部分逾期入保罰金會加入月保費中。您第一次入保本計劃時，我們會告訴您罰金金額。

如果您符合以下條件，您將**無**需支付D部分逾期入保罰金：

- 您獲得聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的額外補助，以幫助您支付藥物費用。
- 您沒有D部分或其他可抵免保險的天數少於連續63天。
- 您保有前僱主、工會、TRICARE，或退伍軍人健康管理部 (Veterans Health Administration, VA) 等其他來源提供的可抵免藥物保險。您的保險公司或人力資源部門每年會告知您，您的藥物保險是否屬於可抵免保險。您可在該計劃的信函或通訊中獲得此資訊。請保留這項資訊，因為您在以後入保聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 藥物計劃時可能需要。
    - **註：**任何信函或通知必須聲明您曾擁有可抵免處方藥保險，且該保險的支付金額預計與聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的標準藥物計劃支付金額相當。
    - **註：**處方藥折扣卡、免費診所和藥物折扣網站不屬於可抵免處方藥保險。

聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 負責決定D部分逾期入保罰金的金額。以下是逾期入保罰金的計算方式：

- 如果在您首次取得D部分入保資格後，曾連續63天或更長時間沒有D部分或其他可抵免處方藥保險，本計劃會將您沒有保險的整月數列入計算。
- 然後，聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 會計算前一年全國聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 藥物計劃的平均每月計劃保費金額（全國基本受益人保費）。在2027年，此平均保費金額為$41.33。
- 如欲計算您的每月罰金，聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 會將未獲得承保月份數（罰金百分比）乘以全國基本受益人保費的1%，然後將計算出的金額四捨五入至最接近的10美分。例如，如果您有14個月未入保D部分或其他可抵免保險，罰金將為14%乘以$41.33，結果為$5.78。然後四捨五入至$5.80。此金額將會加入**需要支付D部分逾期入保罰金者的計劃月保費中**。

關於每月D部分逾期入保罰金的三項重要須知事項：

- **罰金可能會每年變更**，因為全國基本受益人保費可能每年會有所調整。
- 只要您入保的計劃有Medicare D部分藥物福利，**您通常**每月**就必須繼續支付罰金**，即使您更換計劃也一樣。
- 如果您未滿65歲且已入保聯邦醫療保險計劃 (Medicare)，則當您年滿65歲時，D部分逾期入保罰金將會重新計算。年滿65歲後，D部分逾期入保罰金將僅依據您在自己的年齡符合聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 資格的初始入保期結束後，未享有保險的月數計算。

如果您對D部分逾期入保罰金有異議，您或您的代表可以要求針對罰金進行複審（上訴）。複審是由與本計劃沒有關聯的獨立審查組織進行。一般而言，您必須在收到要求您支付逾期入保罰金之首封信函上所列日期起的**60天內**提出複審要求。然而，如果您在加入本計劃之前便已在支付罰金，您通常不會有機會針對該逾期入保罰金再次提出複審要求。

第4.5節　與收入相關的每月調整金額

部分會員可能需要支付額外費用，也稱為D部分「與收入相關的每月調整金額」(Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA)。這項額外費用是根據您2年前向IRS申報的稅表中所記載的調整後總收入（經修訂）來計算的。如果該筆金額超過一定金額，您將支付標準保費金額以及額外的「與收入相關的每月調整金額」(IRMAA)。如需更多有關您可能因收入而需支付額外費用的資訊，請訪問**Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs**。

如果您必須支付額外的「與收入相關的每月調整金額」(IRMAA)，社會安全局（而非聯邦醫療保險計劃 [Medicare]）會寄一封信給您，告知您額外費用的金額。不論您平時如何支付計劃保費，除非您的每月福利不足以支付拖欠的額外費用，否則該費用將從社會安全局、鐵路職工退休委員會或人事管理辦公室的福利支票中扣繳。如果您的福利支票不足以支付這筆額外費用，您將收到聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的帳單。**您必須向政府支付該額外的「與收入相關的每月調整金額」(IRMAA)。額外費用不能與您的計劃月保費同時支付。如果您沒有支付該額外的「與收入相關的每月調整金額」(IRMAA)，您將會被本計劃退保並失去處方藥保險。**

如果您對繳納額外的「與收入相關的每月調整金額」(IRMAA) 有異議，您可以要求社會安全局審查此決定。若要瞭解如何要求社會安全局審查決定，請撥打**1-800-772-1213**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**1-800-325-0778**）與社會安全局聯絡。

第4.6節　聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 處方藥付款計劃金額

若您參與聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 處方藥付款計劃，則您每月將支付計劃保費（如有），並收到來自保健計劃或藥物計劃的處方藥帳單（而非向藥房付款）。您的每月帳單是根據您對所取得之任何處方藥的欠繳款項，加上上個月的餘額，除以該年剩餘月數。

第2章第7節提供更多關於聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 處方藥付款計劃的資訊。若您不同意此付款選項所收取的金額，可以按照第9章的步驟提出投訴或上訴。

第5節　與您的計劃月保費有關的更多資訊

第5.1節　如何支付計劃保費

您可透過4種方式支付計劃保費。

選項1：使用支票支付

您可以直接將每月計劃保費用支票的形式寄給我們。我們必須在承保月份前一個月的最後一天或之前，收到您開給「Kaiser Permanente」的支票（或匯票），並寄至以下地址；或者如果您請款單上所列的地址不同，請寄至請款單上的地址：

Kaiser Permanente
P.O. Box 7165
Pasadena, CA 91109-7165

註：您不能親自到現場付款。如果銀行拒絕付款，我們將會向您收取支票退票費。

選項2：您可以註冊每月自動轉帳付款

如果您希望的話，除了使用支票付款之外，您可以透過銀行帳戶自動扣繳計劃月保費或將計劃月保費計入您的信用卡帳單中。如果您選擇自動扣繳計劃保費繳付，您可以透過銀行帳戶（支票或儲蓄帳戶）或信用卡自動扣繳計劃月保費。該次交易將顯示在您的每月銀行或信用卡對帳單上，作為您的永久付款記錄。

如欲設定信用卡付款、索取聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 自動付款選擇表以設定銀行帳戶扣款，或者如果您有任何問題，請致電會員服務部。

您也可以管理自動付款選項，包括在**kp.org/payonline**註冊自動付款。

選項3：您可透過電話或線上完成一次性付款

您可以每週7天，每天24小時在**kp.org/payonline**使用信用卡或簽帳卡進行線上一次性付款，或撥打**1-866-288-6729**進行付款。您將需使用帳單上的Kaiser Permanente帳戶資訊來進行付款。

選項4：從每月社會安全支票中扣除計劃保費

您可以從每月社會安全支票中扣除計劃保費。請聯絡會員服務部，以進一步瞭解如何使用這種方法支付計劃保費。我們很樂意協助您辦理此事。

變更您支付計劃保費的方式。如果您決定變更支付計劃保費的方式，新支付方式可能最多需3個月的時間才會開始生效。在我們處理您的新付款方式時，您仍有責任確保按時支付您的計劃保費。如欲變更您的付款方法，請打電話給會員服務部，或者註冊自動付款選項或在線上進行一次性付款。

如果您未選擇自動付款選項，您可選擇透過郵件、電話或線上支付您的請款單。您將會就您所選擇的付款選項收到請款單。如果您不想收到請款單，請登入**kp.org**將您的偏好選項更新為線上帳單。在您收到第一份帳單後，您可以選擇其他的付款方式。

如果您在支付計劃保費時遇到困難

您的計劃保費必須在承保月份的第一天前送達我們的辦公室。

如果我們未能在到期日前收到您的付款，我們會寄送通知，告知您尚欠的金額。

如果您有積欠D部分逾期入保罰金，您必須支付該罰金才能保有藥物保險。

如果您無法按時支付保費，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**），以瞭解我們是否可以為您轉介有助於支付費用的計劃。

我們有權追討您積欠的任何保費。如果我們在60天內仍沒有收到您的保費付款且您入保的是我們可選的補充福利組合 (Advantage Plus)，則我們可能會終止這些福利且您將需等到10月15日才可再次註冊這些福利，以使保險在1月1日生效。

如果您認為我們不當終止您的會員資格，您可以提出投訴（也稱為申訴）。如果您有無法控制的緊急情況，導致您未能在寬限期內支付計劃保費，您可以進行投訴。對於您提出的投訴，我們會重新審查我們所作的決定。請參閱第9章以瞭解如何提出投訴，或撥打**1-800-443-0815**與我們聯絡，服務時間為每週7天，上午8:00至晚上8:00。聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**。您必須在您的會員資格終止日期後的60個日曆日內提出投訴。

第5.2節　您的計劃月保費將不會在一年當中有所變更

我們不能在一年當中變更您計劃的月保費金額。如果明年的每月計劃保費有所變化，我們將在九月通知您，並且新保費將在明年的1月1日生效。

如果您在一年當中獲得或失去額外補助的資格，則您必須支付的計劃保費金額可能會有所變更。如果您有資格獲得藥物保險費用的額外補助，額外補助將支付您每月計劃保費的一部分。如果您一年當中失去額外補助的資格，您將需要開始支付全額的每月計劃保費。請參閱第2章第7節，以瞭解有關額外補助的更多資訊。

第6節　請將計劃會員資格記錄保持在最新狀態

您的會員資格記錄包含您入保申請表中的資訊，其中包括您的地址和電話號碼。該記錄顯示您的具體計劃承保資訊，包括您的基本保健業者。

醫生、醫院、藥劑師以及本計劃網絡內的其他保健業者**會使用您的會員資格記錄來瞭解哪些服務和藥物屬於承保範圍以及您的成本分擔金額**。因此，請務必幫助我們將您的資訊保持在最新狀態。

如果您有任何以下變更，請告知我們：

- 更改您的姓名、地址或電話號碼
- 更改您所享有的任何其他健康保險（例如經由您的僱主、您的配偶或同居伴侶的僱主、工傷賠償或聯邦／州醫療保健輔助計劃取得的健康保險）
- 任何責任索賠，例如車禍索賠
- 如果您入住護理院
- 如果您從區域外或網絡外醫院或急診室獲取醫護服務
- 如果您的指定責任方（如看護人）發生變化
- 如果您參與臨床研究（**註：**您不需要告知本計劃您想要參與的臨床研究，但我們鼓勵您這樣做。）

如上述任何資訊發生變化，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡。

還有很重要的一點是，如果您搬家或變更郵寄地址，請通知社會安全局。請撥打**1-800-772-1213**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**1-800-325-0778**）與社會安全局聯絡。

第7節　其他保險如何與本計劃協調運作

聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 要求我們收集有關您所擁有的任何其他醫療保險或藥物保險的資訊，以便我們可以將任何其他保險與您在本計劃的福利相互協調。這稱為**福利協調**。

我們將每年寄信一次給您，列出我們知道的任何其他醫療保險或藥物保險。請仔細閱讀這些資訊。如果資訊正確，您無需採取任何行動。如果資訊不正確，或您有未列出的其他保險，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）。您可能需要將計劃會員卡號碼告知您的其他保險公司（在您確認其身分後），以便您的帳單可以獲得正確且準時的支付。

如果您擁有其他保險（如僱主團體健康保險），聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 規則會決定是本計劃還是您的其他保險需優先付款。需優先付款的保險（「首要付款方」）將依照其承保範圍的上限進行付款。第二順位付款的保險（「次要付款方」）僅在主要保險未涵蓋剩餘費用時才會進行付款。次要付款方不會支付不屬於承保範圍的費用。如果您有其他保險，請告知您的醫生、醫院和藥房。

這些規則適用於僱主或工會團體保健計劃保險：

- 如果您享有退休人員保險，則聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 會優先付款。
- 如果您的團體保健計劃承保是透過您或家人目前的工作所獲得，則哪方需優先付款將取決於您的年齡、您僱主僱用的員工人數以及您是否因年齡、殘障或末期腎臟病 (ESRD) 等因素而享有聯邦醫療保險計劃 (Medicare)：
    - 如果您未滿65歲且是殘障人士，並且您（或您的家人）仍在工作，則您的團體保健計劃將優先付款，條件是僱主擁有100名或100名以上的員工，或多僱主計劃中至少有一名僱主擁有超過100名的員工。
    - 如果您年滿65歲並且您（或您的配偶或同居伴侶）仍在工作，則您的團體保健計劃將優先付款，條件是僱主擁有20名或20名以上的員工，或多僱主計劃中至少有一名僱主擁有超過20名的員工。
- 如果您因末期腎臟病 (ESRD) 而享有聯邦醫療保險計劃 (Medicare)，則在您有資格享有聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 後的前30個月期間，您的團體保健計劃將需優先付款。

這些類型的保險通常對以下各類相關服務會優先付款：

- 無過失保險（包括汽車保險）
- 責任險（包括汽車保險）
- 黑肺病福利
- 工傷賠償

針對聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保的服務，聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 和TRICARE絕對不會優先付款。聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 和TRICARE僅有在聯邦醫療保險計劃 (Medicare)、僱主團體保健計劃、和／或Medigap付款後才會支付。

第2章：
電話號碼與資源

第1節　Kaiser Permanente Senior Advantage聯絡資訊

如需幫助處理索賠、帳單或會員卡問題，請打電話或寫信給本計劃的會員服務部。我們非常樂意為您提供幫助。

會員服務部 – 聯絡資訊	
致電	**1-800-443-0815** 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，上午8點至晚上8點。 會員服務部**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）還為母語非英語的人士提供免費語言口譯服務。
聽障及語障電話專線	**711** 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，上午8點至晚上8點。
致函	您當地的會員服務辦事處（請參閱《保健業者名錄》以查詢地點）。
網站	**kp.org**

如何針對您的醫療護理要求承保決定或提出上訴或投訴

承保決定是指我們針對您的福利和承保範圍，或針對我們將為您醫療服務支付的金額所作出的決定。上訴是指正式請求我們審查和變更承保決定。

您可針對我們或我們其中一個網絡保健業者或藥房進行投訴，包括針對您的醫護品質提出投訴。這類投訴不涉及承保範圍或付款爭議。如需更多資訊以瞭解如何針對您的醫療護理要求承保決定、提出上訴或提出投訴，請參閱第9章。

與醫療護理有關的承保決定、上訴或投訴 – 聯絡資訊	
致電	**1-800-443-0815** 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，每天上午8點至晚上8點。 如果您的承保決定、上訴或投訴符合第9章所述的快速決定資格，請撥打**1-888-987-7247**與加急審查科聯絡，服務時間為每週7天，上午8:30至下午5:00。

與醫療護理有關的承保決定、上訴或投訴 – 聯絡資訊	
聽障及語障電話專線	**711** 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，每天上午8點至晚上8點。
傳真	如果您的承保決定、上訴或投訴符合快速決定的資格，請將您的要求傳真至我們的加急審查科，傳真號碼為**1-888-987-2252**。
致函	若想申請標準承保決定或投訴，請寫信至您當地的會員服務辦事處（請參閱《保健業者名錄》以查詢地點）。 若想申請標準上訴，請寫信至我們寄給您之拒絕服務通知上所示的地址。 如果您的保險決定、上訴或投訴符合快速決定的資格，請寫信至： Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 網站	如欲針對本計劃直接向聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 提交投訴，請訪問**Medicare.gov/my/medicare-complaint**。

如何針對您的D部分藥物要求承保決定

承保決定是指我們針對您的福利和承保範圍，或針對我們將為您D部分藥物支付的金額所作出的決定。如需更多資訊以瞭解如何針對您的D部分藥物要求承保決定，請參閱第9章。

D部分藥物承保決定 – 聯絡資訊	
致電	**1-877-645-1282** 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，上午8點至晚上8點。
聽障及語障電話專線	**711** 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，上午8點至晚上8點。
傳真	**1-844-403-1028**

D部分藥物承保決定 – 聯絡資訊	
致函	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
網站	**kp.org**

如何針對您的D部分藥物要求上訴

上訴是指正式請求我們審查和變更承保決定。如需更多資訊以瞭解如何針對您的D部分藥物要求上訴，請參閱第9章。

D部分藥物上訴 – 聯絡資訊	
致電	**1-866-206-2973** 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，上午8:30至下午5:00。
聽障及語障電話專線	**711** 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，上午8:30至下午5:00。
傳真	**1-866-206-2974**
致函	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
網站	**kp.org**

如何針對您的D部分藥物提出投訴

您可針對我們或我們其中一個網絡藥房進行投訴，包括針對您的醫護品質提出投訴。這類投訴不涉及承保範圍或付款爭議。如需更多資訊以瞭解如何針對您的D部分藥物提出投訴，請參閱第9章。

就D部分藥物提出投訴 – 聯絡資訊	
致電	**1-800-443-0815** 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，每天上午8點至晚上8點。 如果您的投訴符合快速決定的資格，請撥打**1-866-206-2973**與D部分單位聯絡，服務時間為每週7天，上午8:30至下午5:00。請參閱第9章，以瞭解您的問題是否符合快速決定的資格。
聽障及語障電話專線	**711** 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，每天早上8:00至晚上8:00。
傳真	如果您的投訴符合快速決定的資格，請將您的要求傳真至我們的D部分單位，傳真號碼為**1-866-206-2974**。
致函	如為標準投訴，請寫信至您當地的會員服務辦事處（請參閱《保健業者名錄》以查詢地點）。 如果您的投訴符合快速決定的資格，請寫信至： Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 網站	如欲針對本計劃直接向聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 提交投訴，請訪問**Medicare.gov/my/medicare-complaint**。

對於您已接受的醫療護理或已取得的藥物，如何請求我們支付我們應分擔的費用

若您收到帳單，或您支付了您認為我們應分擔的服務費用（如保健業者的帳單），您可能需要向我們申請償付或要求我們支付保健業者的帳單。請參閱第7章以瞭解更多資訊。

如果您向我們發送了付款要求，但我們拒絕了您要求的任何一部分，您可針對我們的決定提出上訴。請參閱第9章以瞭解更多資訊。

付款要求 – 聯絡資訊	
致電	**1-800-443-0815** 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，每天上午8點至晚上8點。 註：如果您想針對由網絡保健業者開處方且從網絡藥房取得的D部分藥物要求付款，請撥打**1-866-206-2973**與D部分單位聯絡。服務時間為每週7天，上午8:30至下午5:00。
聽障及語障電話專線	**711** 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，每天上午8點至晚上8點。
致函	如需醫療護理，請寫信至： Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 12923 Oakland, CA 94604-2923 有關 D 部分藥物，請寫信至： 如果您想針對由網絡保健業者開處方和提供的D部分藥物要求付款，您可將您的要求傳真至**1-866-206-2974**，或郵寄至： Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
網站	**kp.org**

第2節　從聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 取得幫助

聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 是為65歲及65歲以上者、部分未滿65歲的殘障人士和末期腎臟病患者（需要接受腎透析或腎移植的永久腎衰竭患者）所提供的聯邦政府健康保險計劃。

負責處理聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的聯邦機構是Medicare與Medicaid 服務中心 (CMS)。該機構與Medicare Advantage組織訂有合約，其中包括本計劃。

聯邦醫療保險計劃 (Medicare) – 聯絡資訊	
致電	**1-800-633-4227** 此電話為免費電話。 每週7天，每天24小時。
聽障及語障電話專線	**1-877-486-2048** 此電話號碼需要使用特殊電話設備，且僅適用於有聽力或言語障礙者。此電話為免費電話。
線上聊天	在線上聊天，網址為**Medicare.gov/talk-to-someone**。
致函	致函聯邦醫療保險計劃 (Medicare)，地址為P.O. Box 1270, Lawrence, KS 66044
網站	**Medicare.gov** • 獲取您所在地區的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 保健和藥物計劃資訊，包括其費用以及提供的服務。 • 尋找參與聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的醫生或其他保健業者和供應商。 • 瞭解聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的承保范圍，包括預防性服務（如篩檢、注射或疫苗以及每年的「保健」就診）。 • 獲取聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 上訴資訊和表格。 • 獲取有關計劃、護理院、醫院、醫生、居家保健機構、腎透析設施、安寧護理中心、住院復健設施和長期護理醫院提供的醫護品質資訊。 • 尋找實用的網站和電話號碼。 您也可以訪問**Medicare.gov**向聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 提出您對計劃持有的任何投訴。

聯邦醫療保險計劃 (Medicare) – 聯絡資訊	
	如欲向聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 提出投訴，請訪問 **Medicare.gov/my/medicare-complaint**。聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 將認真處理您的投訴，並會使用此資訊來幫助改進聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的品質。

第3節　州健康保險協助計劃 (SHIP)

州健康保險協助計劃 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 是一項政府計劃，每個州都有經過培訓的顧問提供免費幫助、相關資訊和聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的問題解答。在加州，州健康保險協助計劃 (SHIP) 稱為健康保險輔導及倡導計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)。

健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 是一項獨立（與任何保險公司或保健計劃無關）的州政府計劃，由聯邦政府提供資金，為聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 入保人免費提供當地健康保險諮詢。

健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 顧問會幫助您瞭解您的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 權利，幫助您就醫療護理或治療提出投訴，並幫助解決聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的帳單問題。健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 顧問還能幫助您處理有關聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的疑問或問題，幫助您瞭解您的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 選項，並回答有關轉換計劃的問題。

健康保險輔導及倡導計劃（加州的州健康保險協助計劃 [SHIP]）– 聯絡資訊	
致電	**1-800-434-0222**
聽障及語障電話專線	**711**
致函	您所在縣的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 辦事處。
網站	**www.aging.ca.gov/HICAP/**

第4節　品質改進組織 (QIO)

指定的品質改進組織 (QIO) 為每個州的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 會員提供服務。在加州，品質改進組織稱為Commence Health。Commence Health由一群醫生和其他保健專業人員組成，聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 負責向其支付費用，以檢查並幫助改進聯邦醫療保險 (Medicare) 入保人的醫護品質。Commence Health是一個獨立組織。與本計劃並無關聯。

如有以下任何情況，請聯絡Commence Health：

- 您欲針對獲得的醫護品質提出投訴。醫護品質問題的例子包括用錯藥、不必要的檢查或診療或誤診。
- 您認為您的住院承保結束過早。
- 您認為您的居家健康護理、專業護理院醫療護理或綜合門診復健設施 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 的服務承保過早結束。

Commence Health（加州的品質改進組織）– 聯絡資訊	
致電	**1-877-588-1123** 此電話為免費電話。服務時間為週一至週五，上午9:00至下午5:00；週末及節假日，上午10:00至下午4:00
聽障及語障電話專線	**711**
致函	Commence Health BFCC-QIO Program P.O. Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
網站	**https://www.livantaqio.cms.gov/en**

第5節　社會安全局

社會安全局 (Social Security) 負責確定聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 入保資格，並處理聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 入保事宜。社會安全局還負責決定哪些人因收入較高而必須為D部分藥物承保支付額外費用。如果您收到社會安全局的信函，告知您必須支付額外費用，而您對該費用有問題或您由於生活變遷事件而導致收入減少，您可打電話向社會安全局要求複審。

如果您搬家或變更郵寄地址，請通知社會安全局。

社會安全局 – 聯絡資訊	
致電	**1-800-772-1213** 此電話為免費電話。 服務時間為週一至週五，上午8點至晚上7點。 每天24小時皆可使用社會安全局的自動電話服務，以獲得錄音資訊並辦理部分業務。
聽障及語障電話專線	**1-800-325-0778** 此電話號碼需要使用特殊電話設備，且僅適用於有聽力或言語障礙者。 此電話為免費電話。 服務時間為週一至週五，上午8點至晚上7點。
網站	**SSA.gov**

第6節　聯邦／州醫療保健輔助計劃

聯邦／州醫療保健輔助計劃是一項聯邦和州政府的聯合計劃，旨在幫助某些收入和資源有限者支付醫療費用。有些聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的會員也有資格獲得聯邦／州醫療保健輔助計劃的補助。聯邦／州醫療保健輔助計劃設有各類計劃，協助聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 會員支付其聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 費用，例如聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 保費。該類**聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 省錢計劃**包含：

- **合格聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 受益人 (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) 計劃：**幫助支付Medicare A部分和B部分保費，以及其他成本分擔（如免賠額、共保額和共付額）。（部分擁有合格聯邦醫療保險計劃 [Medicare] 受益人 [QMB] 計劃的人也有資格獲得完整聯邦／州醫療保健輔助計劃福利 [QMB+]。）
- **指定低收入聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 受益人 (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB) 計劃：**幫助支付Medicare計劃B部分保費。（部分擁有指定低收入聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 受益人 [SLMB] 計劃的人也有資格獲得完整的聯邦／州醫療保健輔助計劃福利 [SLMB+]。）
- **合格個人 (Qualifiying Individual, QI)：**幫助支付Medicare計劃B部分保費。
- **合格殘障工作者 (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI)：**幫助支付Medicare計劃A部分保費。

若要瞭解更多有關聯邦／州醫療保健輔助計劃及聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 省錢計劃的資訊，請聯絡加州醫療保健輔助計劃。

加州醫療保健輔助計劃（加州的聯邦／州醫療保健輔助計劃）– 聯絡資訊	
致電	**1-800-430-4263** 服務時間為週一至週五，上午8點至下午6點。
聽障及語障電話專線	**1-800-430-7077** 此電話號碼需要使用特殊電話設備，且僅適用於有聽力或言語障礙者。
致函	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
網站	**www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/**

第7節　幫助人們支付處方藥費用的計劃

聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 網站 (**Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs**) 包含有關如何降低您處方藥費用的資訊。以下計劃可以幫助收入有限人士。

聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的額外補助

聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 和社會安全局有一項名為額外補助的計劃，可以幫助收入和資源有限的人士支付藥物費用。如果您符合條件，您可獲得補助用於支付您的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 藥物計劃的每月計劃保費、年度免賠額及共付額。額外補助也可以計入您的自付費用。

如果您自動獲得額外補助的資格，聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 會寄給您一封紫色信函以通知您。如果您沒有自動獲得資格，您可以隨時申請。如欲瞭解您是否有資格獲得額外補助：

- 請訪問**https://secure.ssa.gov/i1020/start**在線上提出申請
- 撥打**1-800-772-1213**與社會安全局聯絡。聽障及語障電話專線使用者請撥打**1-800-325-0778**。

當您申請額外補助時，您也可以開始申請聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 省錢計劃 (Medicare Savings Program, MSP)。這些州政府計劃為其他聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 費用提供幫助。社會安全局會將資訊發送給您的州政府，以開啟聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 省錢計劃 (MSP) 申請，除非您在額外補助申請表中告訴他們不要這樣做。

如果您符合額外補助資格並且認為您在藥房支付的處方藥金額不正確，本計劃有相關程序可以幫助您獲取正確的共付額證明。如果您已持有正確金額的證明，我們可幫助您將這些證明提供給我們。

如果您不確定應該向我們提供哪些證明，請聯絡網絡藥房或會員服務部。證明通常是由州政府聯邦／州醫療保健輔助計劃或社會安全局辦公室提供的信函，其中確認您有資格獲得額外補助。證明也可能是由州政府簽發的文件，其中提供了有關家庭和社區服務的資格資訊。

您或您的指定代表可能必須在配取承保D部分處方藥時將證明交給網絡藥房，以便我們可以向您收取正確的成本分擔額，直到Medicare與Medicaid服務中心 (CMS) 更新其記錄以反映您目前的狀況為止。當Medicare與Medicaid服務中心 (CMS) 更新您的記錄之後，您就不需再向藥房出示證明。請透過以下任一方式提供證明，這樣我們方可將其轉給Medicare與Medicaid服務中心 (CMS) 更新記錄：

- 寫信至Kaiser Permanente，地址：

  California Service Center
  Attn: Best Available Evidence
  P.O. Box 232400
  San Diego, CA 92193-2400
- 傳真至**1-877-528-8579**。
- 將證明提交給網絡藥房或您當地網絡設施的會員服務辦事處。
- 在我們收到顯示正確共付額級別的證明後，我們會更新系統，以便您在下次領取處方藥時可以支付正確的金額。如果您超額支付了共付額，我們將以支票償還給您或抵扣未來的共付額。如果藥房沒有收取您的共付額，而您因此欠藥房款項，我們可能會直接向藥房付款。如果州政府已代您支付，我們可能會直接付款給州政府。如果您有問題，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）。

如果您有額外補助和愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 保險，應該怎麼辦？

愛滋病藥物協助計劃 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 可幫助愛滋病毒 (HIV)／後天性免疫缺乏綜合症 (AIDS) 患者獲得挽救生命的愛滋病毒 (HIV) 藥物。同時列於愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 承付藥物手冊的Medicare D部分藥物，有資格透過加州愛滋病藥物協助計劃獲得處方藥成本分擔補助。

註：如欲符合資格加入您所在州的愛滋病藥物協助計劃 (ADAP)，您必須滿足某些標準，包括提出本州居住身分和愛滋病毒 (HIV) 狀態、低收入（如州政府所定義）以及無保險／保額不足狀態等證明。如果您變更計劃，請通知當地的愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 入保工作人員，以便您可以繼續獲得幫助。如需有關資格標準、承保藥物或如何入保該計劃的資訊，請於上午8:00至下午5:00（節假日除外）撥打**1-844-421-7050**與愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 電話中心聯絡。

聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 處方藥付款計劃

聯邦醫療保險 (Medicare) 處方藥付款計劃是一種適用於您目前藥物保險的付款選項，可幫助您將本計劃承保藥物的自付費用分攤到整個**日曆年度**（一月至十二月）以幫助您管理自付費用。任何使用聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 藥物計劃或包含藥物保險的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 保健計劃（例如包含藥物保險的Medicare Advantage計劃）的人士，都可以使用此付款選項。**此付款選項可能有助於您管理自己的費用，但不會為您省錢或降低藥物費用。如果您參加聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 處方藥付款計劃並留在相同的D部分計劃，您的參與資格將自動延續至2027年；您無需提交新的選擇要求即可於2027年繼續參與。**如需瞭解更多有關此付款選項的資訊，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡，或訪問**Medicare.gov**。

聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 處方藥付款計劃 – 聯絡資訊	
致電	**1-800-443-0815** 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，上午8點至晚上8點。 會員服務部**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）還為母語非英語的人士提供免費語言口譯服務。
聽障及語障電話專線	**711** 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，上午8點至晚上8點。
致函	您當地的會員服務辦事處（請參閱《保健業者名錄》以查詢地點）。
網站	**kp.org**

第8節　鐵路職工退休委員會 (RRB)

鐵路職工退休委員會是獨立的聯邦機構，管理全國鐵路工人及其家屬的綜合福利計劃。如果您透過鐵路職工退休委員會參與聯邦醫療保險計劃 (Medicare)，請務必在搬家或更改郵寄地址時通知他們。如您對鐵路職工退休委員會提供的福利有問題，請聯絡該機構。

鐵路職工退休委員會 (RRB) – 聯絡資訊	
致電	**1-877-772-5772** 此電話為免費電話。 按「0」即可與鐵路職工退休委員會 (RRB) 代表洽談，服務時間為週一、週二、週四和週五的上午9:00至下午3:30，以及週三的上午9:00至中午12:00。 按「1」即可每天24小時（包括週末和節假日）使用鐵路職工退休委員會 (RRB) 求助專線並獲得錄音資訊。
聽障及語障電話專線	**1-312-751-4701** 此電話號碼需要使用特殊電話設備，且僅適用於有聽力或言語障礙者。 撥打此號碼需付費。
網站	**https://RRB.gov**

第9節　您是否享有由僱主提供的團體保險或其他健康保險

如果您（或您的配偶或同居伴侶）獲得由您的（或您配偶或同居伴侶的）僱主或退休人員團體提供的福利，且該福利屬於本計劃的一部分，若有任何問題，請打電話諮詢該僱主／工會的福利管理員，或撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡。您可詢問有關您的（或您的配偶或同居人的）僱主或退休人員健康福利、保費或入保期等相關問題。您可以撥打**1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) 詢問有關本計劃下的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保範圍的問題。聽障及語障電話專線使用者請撥打**1-877-486-2048**。

如果您透過您的（或您配偶或同居伴侶的）僱主或退休人員團體享有其他藥物保險，請聯絡**該團體的福利管理員。**福利管理員可幫助您瞭解您目前的藥物保險如何與本計劃相互配合。

第3章：
使用我們的計劃獲得醫療服務

第1節　身為本計劃會員如何獲得醫療護理

本章旨在向您說明在使用本計劃取得承保醫療護理時的須知事項。有關本計劃承保哪些醫療護理以及您接受醫護服務時需支付多少費用的詳細資訊，請參閱第4章的「醫療福利表」。

第1.1節　網絡保健業者和承保服務

- **保健業者**是指獲得州政府許可，得以提供醫療服務和醫療護理的醫生和其他保健專業人員。「保健業者」一詞還包括醫院及其他保健設施。
- **網絡保健業者**是指與我們簽訂協議，願意接受我們的付款和您的成本分擔額作為全額報酬的醫生和其他保健專業人員、專業醫療服務集團、醫院以及其他保健設施。我們會安排這些保健業者為該計劃的會員提供承保服務。網絡保健業者會就其為您提供的醫療護理直接向我們開具帳單。當您請網絡保健業者為您看診時，您只需為其服務支付您的成本分擔。
- **承保服務**包括本計劃所承保的所有醫療護理、保健服務、用品、設備及處方藥。您的承保醫療護理服務列於第4章的「醫療福利表」中。您的承保處方藥服務則在第5章加以討論。

第1.2節　獲得本計劃承保醫療護理的基本規定

作為聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的保健計劃，本計劃必須承保Original Medicare所承保的所有服務，且需遵守Original Medicare的承保規則。

通常只要滿足下列條件，我們即會承保您的醫療護理：

- **您獲得的醫療護理包含在本計劃**第4章**的「醫療福利表」中。**
- **您獲得的醫療護理屬於醫療上必要的服務**。醫療上必要的是指服務、用品、設備或藥物是預防、診斷或治療您疾病所需，且符合公認的醫療執業規範。
- **您有一名網絡基本保健業者 (Primary Care Provider, PCP) 為您提供和監督您的醫護服務**。身為本計劃的會員，您必須選擇一位網絡基本保健業者 (PCP)（請參閱第2.1節以瞭解更多資訊）。
    - 在大多數情形下，您的網絡基本保健業者 (PCP) 必須事先批准（轉診），您才能使用本計劃網絡內的其他保健業者（如專科醫生、醫院、專業護理院或居家健康護理機構）。如需更多資訊，請參閱第2.3節。

- 急診護理或緊急需求服務無需獲得基本保健業者 (PCP) 的轉診。如需瞭解您無需事先獲得基本保健業者 (PCP) 批准即可獲得的其他類型醫護服務，請參閱第2.2節。

- **您必須從網絡保健業者處獲得醫護服務**（請參閱第2節）。在大多數情形下，您從網絡外保健業者（不屬於本計劃網絡的保健業者）處獲得的醫護服務將無法獲得承保。也就是說，您必須向保健業者全額支付所獲得服務的費用。以下是4種例外情況：
  - 本計劃承保您從網絡外保健業者處獲得的急診護理或緊急需求服務。如需更多資訊並瞭解急診或緊急需求服務的定義，請參閱第3節。
  - 如果您需要聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 要求本計劃承保的醫療護理，但網絡內沒有專科醫生能提供該醫護服務，則您可從網絡外保健業者處獲得該醫護服務，並支付您在網絡內通常支付的相同成本分擔。在這種情形下，您需要支付的費用與您從網絡保健業者處獲得醫護服務時相同。有關如何獲得批准以請網絡外醫生看診的資訊，請參閱第2.4節。
  - 如果您暫時不在本計劃的服務區內，或者當提供腎透析服務的保健業者暫時無法提供該服務或無法取得聯繫，本計劃會承保您從聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 認證的腎透析設施獲得的腎透析服務。您針對腎透析而支付給該計劃的成本分擔絕對不會超過Original Medicare的成本分擔。如果您在本計劃的服務區外，且從本計劃網絡外的保健業者處獲得腎透析服務，您的成本分擔不會高於您在網絡內所支付的成本分擔。然而，如果您平常使用的網絡內腎透析保健業者暫時無法提供服務，而您選擇在服務區內接受本計劃網絡外保健業者的服務，則腎透析的成本分擔費用可能會較高。
  - 如果您從本章第2.4節中所述之其他Kaiser Permanente地區的網絡保健業者處獲得醫護服務。

第2節　使用本計劃網絡的保健業者獲得醫療護理

第2.1節　　您可選擇一位基本保健業者 (PCP) 來提供和監督您的醫療護理

什麼是基本保健業者 (PCP)？基本保健業者 (PCP) 可為您提供什麼服務？

身為會員，您可選擇本計劃中任何一位可為您提供服務的網絡保健業者作為您的基本保健業者。您的基本保健業者是符合州政府規定並受過訓練得以為您提供基本醫療護理的醫生。您的基本保健業者 (PCP) 通常提供全科醫療（也稱為成人醫學或內科和家庭醫學），有時也提供產科／婦科醫療。在某些網絡設施，如果您願意，您可選擇可為您提供服務的護理師或醫生助理作為您的基本保健業者。基本保健業者 (PCP) 會在《保健業者名錄》中加以標示。

您的基本保健業者 (PCP) 提供、開處方或授權醫療上必要的承保服務。您的基本保健業者 (PCP) 將提供您大部分的例行或基本醫療護理，並視需要提供至其他網絡保健業者看診的轉診，讓您獲得需要的其他醫療護理。例如，為了讓您接受專科醫生的看診，您通常需要先獲得基本保健業者 (PCP) 的批准（這稱為「轉診」給專科醫生）。您可以自行取得幾種類型的承保服務，不必先聯絡基本保健業者 (PCP)（請參閱本章的第2.2節）。

您的基本保健業者 (PCP) 還將協調您的醫療護理。「協調」您的醫療護理包括與其他網絡保健業者商討或諮詢您的醫護服務以及醫護服務的進展情形。在某些情形下，基本保健業者 (PCP) 需要獲得本計劃的事前授權書（事先核准）（詳情請參閱本章第2.3節）。

如何選擇或更換基本保健業者 (PCP)

您可以出於任何原因隨時從我們可用的基本保健業者 (PCP) 中更換您的基本保健業者 (PCP)，包括因為您的基本保健業者 (PCP) 不再屬於本計劃的網絡保健業者，導致您需要選擇一位新基本保健業者 (PCP) 的狀況。您的基本保健業者 (PCP) 選擇將立即生效。

如欲選擇或更換您的基本保健業者 (PCP)，請撥打我們的個人醫生選擇專線**1-888-956-1616**（聽障及語障電話專線 **711**），服務時間為週一至週五，上午7:00至晚上7:00。您也可以在**kp.org/finddoctors**進行選擇。

打電話時，請告知我們您是否正在接受專科醫生看診或正在接受需要您基本保健業者 (PCP) 批准的其他承保服務（例如居家健康服務和耐用醫療器材），以便我們可以告知您是否需要從新基本保健業者 (PCP) 處獲得轉診才能繼續接受該服務。另外，如果您希望使用特定的網絡專科醫生或醫院，請先與本計劃確認您的基本保健業者 (PCP) 是否有提供該專科醫生的轉診或是否有使用該醫院。

請參閱您的《保健業者名錄》或打電話給會員服務部，瞭解有關選擇基本保健業者 (PCP) 以及哪些保健業者有接受新患者的更多資訊。

第2.2節　您無需基本保健業者 (PCP) 轉診即可獲得的醫療護理

在沒有事先獲得您基本保健業者 (PCP) 批准的情況下，您可以獲得下列服務：

- 例行婦女健康護理，包括乳房檢查、乳房X光檢查篩檢（乳房X光檢查）、抹片檢查及盆腔檢查，條件是您需從網絡保健業者取得這些服務
- 流感預防注射、COVID-19疫苗、乙型肝炎疫苗及肺炎疫苗，條件是您需從網絡保健業者取得這些服務
- 網絡保健業者或網絡外保健業者提供的急診服務

- 計劃承保的緊急需求服務是指需要即刻就醫（但並非急診）的服務，適用於您暫時位於本計劃服務區外；或考量您的時間、所在地點及當時狀況，向網絡保健業者取得該項服務並不合理的情況。緊急需求服務的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害或現有狀況的意外突發。即使您位於本計劃服務區外，或本計劃的網絡暫時無法提供服務，醫療上必要的例行保健業者看診（例如年度健康檢查）仍不屬於緊急需求服務。
- 您暫時不在本計劃的服務區時，在聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 認證的腎透析設施接受的腎透析服務。如果可能，在您離開服務區之前，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡，以便我們可以幫助您安排您在離開期間獲得維持性的腎透析服務。
- 除某些專科醫護外，您可向其他網絡保健業者尋求另方意見
- 下列專科領域的約診：驗光、藥物濫用及精神病學
- 預防性保健，但腹主動脈瘤篩檢、醫學營養治療、撓性乙狀結腸鏡檢查、以篩檢為目的的結腸鏡檢查、骨密度篩檢及化驗除外。

第2.3節　如何從專科醫生和其他網絡保健業者處獲得醫護服務

專科醫生是針對特定疾病或身體特定部位提供保健服務的醫生。專科醫生有很多種。例如：

- 腫瘤專科醫生，專門負責為癌症患者提供醫護服務
- 心臟科醫生，專門負責為心臟病患者提供醫護服務
- 骨科醫生，專門負責為某些骨骼、關節或肌肉疾病患者提供醫護服務

基本保健業者 (PCP) 的轉診

對於大多數例行健康護理需求，您通常應先請基本保健業者 (PCP) 為您看診。只有少數類型的承保服務可以在未事先獲得基本保健業者 (PCP) 批准的情形下自行取得，本章第2.2節有詳加說明。

轉診至網絡保健業者

當您的基本保健業者 (PCP) 開了某項醫護服務的處方，但基本保健業者 (PCP) 無法提供該醫護服務時（例如專科醫護），其會視需要將您轉診給網絡專科醫生或其他網絡保健業者。如果基本保健業者 (PCP) 為您轉診網絡專科醫生，該轉診將僅適用於特定的治療計劃。如果計劃醫生的醫囑是由專科醫生提供持續性醫護服務，則您的治療計劃可能會包含長期轉診。我們會寄給您書面轉診，以授權您與網絡專科醫生進行初步諮詢或指定次數的就診。在您與網絡專科醫生完成初步諮詢後，您必須返回您的基本保健業者 (PCP) 處就診，除非我們有在書面轉診中授權更多次就診。除非我們在給您的轉診函上已授權更多次的就診，否則在完成初步諮詢後，請勿再回去找該網絡專科醫生。不然的話，這些服務可能不會獲得承保。

事前授權書

對於下列服務和用品，您的網絡保健業者需要事先獲得本計劃的批准（這稱為取得「事前授權書」）。授權申請將僅由持照醫生或其他持有適當執照的醫療專業人員決定。如果您不同意授權決定，您可以按照第9章中所述提出上訴。

- 第4章中指定且有註腳 (†) 的服務和物品。
- 如果網絡保健業者認定您需要網絡保健業者無法提供的承保服務，其會向本計劃提出建議，將您轉介給服務區內或外的網絡外保健業者。如果適當的計劃指定代表判定承保服務是醫療上必要的服務，且網絡保健業者無法提供該服務，該代表將會授權該項服務。轉診至網絡外保健業者處是為了某個特定的治療計劃，並且如果醫生開立持續性醫護服務的醫囑，則該轉診可能包含長期轉診。轉診中會指明轉診期間，不必取得我們的額外批准。如果您不確定，請詢問您的網絡保健業者已授權哪些服務。如果網絡外專科醫生要求您回診接受進一步醫護服務，請先確定轉診是否涵蓋額外醫護服務。如果沒有涵蓋，請聯絡您的網絡保健業者。
- 如果我們收到通知，得知您需要在急診護理後接受網絡外保健業者的病情穩定後護理，我們將會與網絡外保健業者討論您的病情。如果我們確定您需要病情穩定後護理，且該護理如果透過網絡保健業者取得屬於承保範圍，我們則會授權您接受網絡外保健業者的護理，前提是我們無法安排網絡保健業者（或其他指定保健業者）提供護理。詳情請參閱本章第3.1節。
- 醫療上必要的變性外科手術和相關診療。
- 本章第6節所述的宗教性非醫療健康護理機構提供的醫護服務。
- 如果您的網絡保健業者就移植評估進行書面或電子轉診，本計劃的區域移植諮詢委員會或董事會或個案會議（如有）將授權轉診，但條件是其判定您可能適合接受器官移植，且該服務根據聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的準則可獲得承保。如果沒有移植委員會或董事會，本計劃會將您轉診給移植中心的醫生，如果移植中心的醫生認定該等服務是醫療上必要的服務或該等服務有遵循聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的準則予以承保，則本計劃將會授權該等服務。註：網絡醫生可能無需使用此移植授權程序即可提供或授權角膜移植。
- 耐用醫療器材、造口手術、泌尿及傷口護理用品。適用於耐用醫療器材、造口手術、泌尿或傷口護理用品的事前授權書程序包括使用保險承付藥物手冊。這些準則是由跨科別臨床與營運工作小組制定，並經網絡醫生和擁有臨床專業知識之醫療專業人員的審查並提供意見。我們會定期更新保險承付藥物手冊，以反映醫療技術和臨床實務的變化。如果您的網絡醫生開這些用品中其中任何一項用品的處方，網絡醫生將會提交書面轉介給醫院的耐用醫療器材協調員。如果承付藥物手冊或聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承付藥物手冊沒有具體說明醫生開處方的用品對您的病症而言具有適當性，該轉介將會被提交給計劃指定人員。

本計劃作決定的期限：本計劃將會根據您的病症在適當的期限內作出授權決定，最遲不超過收到為了作決定而合理所需之所有資訊（包括其他檢查和檢查結果）後的五個工作日，但如果是緊急服務，最遲則不超過收到為了作決定而合理所需之資訊後的72小時。如果本計劃由於未能掌握作決定時合理所需的資訊或由於其要求向特定專科醫生諮詢，因而需要更多時間才能作出決定，我們將會告知您及您的診療醫生我們需要哪些額外資訊、測試或專科醫生，並告知本計劃預定作決定的日期。

您的診療醫生將會在決定結果出來後的24小時內收到決定通知。如果服務獲得授權，您的醫生將會得知服務的授權範圍。如果本計劃未授權所有服務，我們將會在作出決定後的兩個工作日內寄一份書面決定和說明給您。本計劃在作決定以授權、修改、延遲或拒絕授權要求時所使用的所有書面標準皆可應您的要求免費提供。

如果某個專科醫生或其他網絡保健業者退出本計劃

我們可能會在一年當中變更本計劃網絡中的醫院、醫生及專科醫生（保健業者）。如果您的醫生或專科醫生退出本計劃，您將享有以下權利和保障：

- 雖然我們網絡內的保健業者可能在一年當中有所變更，但是聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 要求我們必須向您提供合格且不間斷的醫生和專科醫生服務。
- 如果您的保健業者將退出本計劃，我們將通知您，以便您有時間選擇新的保健業者。
    - 如果您的基本護理或行為健康保健業者退出本計劃，並且如果您在過去3年內曾在該保健業者處就診，我們將通知您。
    - 如果您的任何其他保健業者退出本計劃，而您被分配給該保健業者、目前正在接受該保健業者的醫護服務，或在過去3個月內曾至該保健業者處就診，我們將通知您。
- 我們將幫助您選擇新的合格網絡內保健業者，以便您的醫護服務可以持續進行。
- 如果您正在接受目前的保健業者所提供的醫學治療或療法，則您有權要求繼續接受醫療上必要的治療或療法。我們將與您合作，以便您可以繼續接受該醫護服務。
- 我們將向您提供有關可使用的入保期以及您可能擁有的計劃變更選項資訊。
- 當網絡內保健業者或福利無法提供或不足以滿足您的醫療需求時，我們將在本計劃的保健業者網絡外安排任何醫療上必要的承保福利，而您只需承擔網絡內成本分擔。如果適當的專業醫療服務集團指定代表判定承保服務是醫療上必要的服務，且網絡保健業者無法提供該服務，該代表將會授權該項服務。轉診至網絡外保健業者處是為了某個特定的治療計劃，並且如果醫生開立持續性醫護服務的醫囑，則該轉診可能包含長期轉診。轉診中會指明轉診期間，不必取得我們的額外批准。如果您不確定，請詢問您的網絡保健業者已授權哪些服務。如果網絡外專科醫生要求您回診接受進一步醫護服務，請先確定轉診是否涵蓋額外醫護服務。如果沒有涵蓋，請聯絡您的網絡保健業者。

- 如果您發現您的醫生或專科醫生即將離開本計劃，請與我們聯絡以便我們幫助您選擇新的保健業者以管理您的醫療護理。
- 如果您認為我們未能向您提供合格的保健業者來替代您先前的保健業者或者對您的醫療護理管理不當，您有權向品質改進組織 (QIO) 提出醫護品質投訴和／或向本計劃提出醫護品質申訴，或兩者同時提出（請參閱第9章）。

第2.4節　如何從網絡外保健業者處獲得醫護服務

除以下情形外，從網絡外保健業者處取得的醫療護理將不會獲得承保：

- 您從網絡外保健業者處獲得的急診或緊急需求服務。有關詳細資訊以及急診或緊急需求服務的定義，請參閱本章第3節。
- 我們或專業醫療服務集團按照本章第2.3節所述授權至網絡外保健業者處就診的轉診。
- 您暫時不在我們的服務區時從聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 認證的洗腎設施接受的洗腎服務。
- 如果您前往Kaiser Permanente其他地區的服務區，您可從該服務區指定的保健業者處獲得某些屬於本《承保範圍說明書》承保範圍的醫護服務。請撥打我們的外出保健專線：**1-951-268-3900**（聽障及語障電話專線**711**），服務時間為每週7天，每天24小時（節假日除外），或訪問我們的網站**kp.org/travel**，以瞭解有關前往Kaiser Permanente其他地區的服務區時獲得醫護服務的更多資訊，包括承保範圍資訊以及設施地點。**註：**我們的外出保健專線還可以回答有關您在網絡外取得承保急診或緊急醫護服務的問題，包括如何獲得償付。

第3節　如何在緊急情況、災害或急需醫療護理時獲得服務

第3.1節　在您需要醫療急診時獲得醫護服務

醫療急診是指您或任何其他具備一般健康和醫學常識的審慎非專業人士認為，您出現的醫療症狀需要即刻就醫，以防失去生命（以及，如果您懷孕，失去腹中胎兒）、失去四肢或四肢功能，失去身體功能，或造成嚴重的身體功能障礙。這些醫療症狀可能是疾病、受傷、劇痛或迅速惡化的病情。

如果您需要醫療急診，您應：

- **盡快取得幫助。**撥打911以尋求幫助，或前往距您最近的急診室或醫院。如有需要，請叫救護車。您無需事先取得基本保健業者 (PCP) 的批准或轉診。您不需要使用網絡醫生。無論您在美國境內或境外，您均可在有需要時隨時獲得承保急診醫療護理。

- **請務必盡快將您的急診病情告知本計劃**。我們必須針對您的急診護理進行跟進。您或其他人可透過電話（通常在48小時之內）通知我們您的急診護理情形。電話號碼列印於您計劃會員卡的背面。

醫療急診情況下的承保服務

如果透過其他任何方式前往急診室會危及您的健康，那麼本計劃將承保救護車服務。急診期間的醫療服務屬於我們的承保範圍。

為您提供急診護理的醫生將負責決定您的病情何時穩定以及醫療急診何時結束。

我們會和提供您急診護理的醫生合作，以幫助管理和追蹤您的照護情況。急診結束後，您有權獲得跟進護理，以確保您的病情持續保持穩定。您的醫生將會持續為您治療，直到您的醫生與我們聯絡並制訂額外的醫療護理計劃。我們會根據聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 準則承保您病情穩定後的跟進護理費用。在您接受網絡外保健業者所提供的病情穩定後護理之前，您的保健業者必須打電話給我們以取得病情穩定後護理的授權。在大多數情形下，只有當網絡外保健業者或我們告訴您可能需承擔付款責任時，您才可能需要付款。

如果您的急診護理由網絡外保健業者提供，我們會嘗試在您的病況及情況允許時，儘快安排網絡保健業者接手您的醫療護理。

如果不是醫療急診會怎樣？

有時很難判斷自己是否有醫療急診的情況。例如，您可能前去接受急診護理（您以為自己的健康受到嚴重威脅），但醫生卻可能表示這完全不屬於醫療急診的情況。如果後來判定該情況並非急診情況，只要您有充分理由認為自己的健康受到嚴重威脅，我們都會承保您的醫護服務。

但是，在醫生表示您的情況不屬於急診情況後，那麼僅在您透過下列2種方式之一取得額外醫護服務時，我們才會承保額外的醫護服務：

- 您從網絡保健業者處獲得額外醫護服務，或
- 您獲得的額外醫護服務被認為是緊急需求服務，且您遵循以下規定獲得此緊急醫護。

第3.2節　在您需要緊急需求服務時獲得醫護服務

如果您暫時位於本計劃服務區外；或考量您的時間、所在地點及當時情況，向網絡保健業者取得該項服務並不合理，則需要即刻就醫（但並非急診）的服務即屬於緊急需求服務。緊急需求服務的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害或現有狀況的意外突發。但是，即使您位於本計劃服務區外，或本計劃的網絡暫時無法提供服務，醫療上必要的例行保健業者看診（例如年度健康檢查）仍不屬於緊急需求服務。

我們知道，有時很難知道自己需要哪種類型的醫療護理。因此，我們有電話諮詢護士可以協助您。諮詢護士是經過專門培訓的註冊護士，他們透過電話來協助評估醫療症狀，並在醫療上適當的情況下提供建議。無論您是打電話尋求建議還是要約診，您都可以與諮詢護士交談。

他們通常能夠回答有關輕微病症的問題、告訴您在網絡設施休息時該怎麼做，或向您建議接下來該採取哪些行動，包括在醫療上適當的情況下為您安排當天緊急醫護約診。如需每週7天，每天24小時隨時與諮詢護士通話，或欲進行約診，請參閱您的《保健業者名錄》，以查詢約診及諮詢電話號碼。

本計劃在以下情況下承保全球（美國境外）的急診和緊急醫護服務：

- 您暫時位於服務區外。
- 這些服務對於治療突發疾病或傷害所需，目的在防止您的健康嚴重惡化。
- 延遲治療到您返回服務區實屬不合理。
- 若是您透過網絡保健業者取得服務，這些服務應屬於承保範圍。

第3.3節　在災難期間獲得醫護服務

如果您所在州的州長、美國健康與民眾服務部部長或美國總統宣布您所在地區進入災難或緊急狀態，您仍可獲得本計劃提供的醫護服務。

請訪問**kp.org**以瞭解如何在災難期間獲得必要醫護服務的資訊。

如果您在災難發生期間無法使用網絡保健業者，本計劃將會允許您以網絡內的成本分擔接受網絡外保健業者的醫護服務。如果您在災難期間無法使用網絡藥房，您可能可在網絡外藥房配藥。請參閱第5章第2.4節。

第4節　如果您直接收到承保服務的全額費用帳單該怎麼辦？

如果您支付的承保服務費用超過了計劃成本分擔費用，或者您收到了承保醫療服務的全額費用帳單，您可以要求我們支付承保服務費用中屬於我們的份額。請參閱第7章以瞭解有關如何採取行動的資訊。

第4.1節　如果服務不在本計劃的承保範圍，您必須支付全額費用

本計劃承保第4章「醫療福利表」中所列所有醫療上必要的服務。如果您接受了不屬於本計劃承保範圍的服務，或者您在未獲得授權的情況下在網絡外接受不屬於急診或緊急需求服務的服務，您需負責支付服務的全額費用。

對於有福利限額的承保服務，在該類承保服務的福利限額用盡後，之後取得的任何此類服務均須由您承擔全部費用。您在福利用盡後支付的任何金額將不計入自付上限。

第5節　臨床試驗研究中的醫療服務

第5.1節　什麼是臨床試驗研究？

臨床試驗研究（也稱為臨床試驗）是醫生和科學家測試新型醫療護理（例如新癌症藥物的效果）的一種方式。某些臨床試驗研究已獲得聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 批准。聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 批准的臨床試驗研究通常會邀請志願者參與該研究。當您參加某項臨床試驗研究時，您仍然可以入保本計劃並透過本計劃繼續獲得其他醫護服務（與該研究不相關的醫護服務）。

如果您參與獲得聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 批准的研究，Original Medicare會為您在該研究中取得的承保服務支付大部分費用。如果您告訴我們您正在參加合格的臨床試驗，則您只需負責為該試驗中的服務支付網絡內成本分擔。如果您支付了額外費用，例如您支付了Original Medicare的成本分擔額，我們將針對您所支付的費用與網絡內成本分擔之間的差額提供償付。您需要提供文件向我們證明您支付了多少費用。

如果您想參加聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 批准的臨床試驗研究，您無需告知我們，也無需獲得我們或您基本保健業者 (PCP) 的批准。為您提供屬於臨床試驗研究一部分之醫護服務的保健業者不需要隸屬於本計劃網絡（本規定不適用於必須透過臨床試驗或登錄研究評估其效益的承保福利，包括某些須依以蒐集更多證據為條件的承保(Coverage with Evidence Development, CED) 之全國承保決定 (National Coverage Determination, NCD) 或研究性醫療器材豁免 (Investigational Device Exemption, IDE) 研究提供承保的某些福利。這些福利可能還需獲得事前授權書並遵守其他計劃規定。）

雖然您參加臨床試驗研究不需要取得本計劃的允許，但我們鼓勵您在選擇參加符合聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 資格的臨床試驗時，提前通知我們。

如果您參加未獲聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 批准的研究，您將必須支付參加該研究的全部費用。

第5.2節　由誰支付臨床試驗研究中的服務費用

一旦您參加聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 批准的臨床試驗研究，在該研究中所接受的例行項目和服務屬於Original Medicare的承保範圍，包括：

- 即使您未參與研究，聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 也會為您支付的住院所需食宿費用。
- 屬於試驗研究一部分的手術或其他醫療診療。
- 新醫療護理方式的副作用和併發症治療。

在聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 支付了這些服務的成本分擔之後，本計劃將支付Original Medicare成本分擔與您作為本計劃會員在網絡內的成本分擔之間的差額。這表示，您因參與該研究而接受的服務，所需支付的費用將與您透過本計劃接受這些服務時所支付的費用相同。然而，您必須提交文件證明您已支付的成本分擔金額。如果您想瞭解有關提交付款要求的更多資訊，請參閱第7章。

> 臨床試驗中成本分擔的示例：假設您在試驗研究中接受了費用為$100的化驗。根據Original Medicare規定，您為此項化驗所需支付的分擔費用為$20，但根據本計劃，分擔費用應為$10。在這種情形下，Original Medicare將為此測試支付$80，而您將支付Original Medicare所需的$20共付額。您隨後向本計劃告知您已取得符合資格的臨床試驗服務，並向本計劃提交諸如保健業者的帳單等文件。然後，本計劃將直接支付您$10。因此，您為該化驗支付的淨額為$10，即您根據本計劃的福利需支付的金額。

當您參加臨床試驗研究時，**聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 和本計劃均不會支付下列任何項目：**

- 一般而言，聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 不會為該研究所測試的新用品或服務支付費用，除非即使您沒有參加該研究，聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 也會承保該用品或服務。
- 僅為了收集資料而不直接用於您健康護理的用品或服務。例如，如果您的病症通常只需要進行一次電腦斷層 (CT) 掃描，聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 將不會為研究所需的每月電腦斷層 (CT) 掃描支付費用。
- 由研究贊助者免費為試驗中的人員提供的用品和服務。

取得有關加入臨床試驗研究的更多資訊

如需更多有關參加臨床試驗研究的資訊，請參閱聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 出版物*Medicare and Clinical Research Studies*（聯邦醫療保險計劃 [Medicare] 與臨床試驗研究），該出版物可於**Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies**取得。您也可撥打**1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) 聽障及語障電話專線使用者請撥打**1-877-486-2048**。

第6節　關於在宗教性非醫療健康護理機構獲得醫護服務的規定

第6.1節　　宗教性非醫療健康護理機構

宗教性非醫療健康護理機構是為原本通常需要在醫院或專業護理院接受治療的病症提供醫療護理的機構。如果在醫院或專業護理院接受醫護服務違反會員的宗教信仰，我們將會改為承保宗教性非醫療健康護理機構所提供的醫護服務。此福利僅適用於Medicare計劃A部分的住院服務（非醫療性的保健服務）。

第6.2節 如何在宗教性非醫療健康護理機構接受醫護服務

如欲獲得宗教性非醫療健康護理機構提供的醫護服務，您必須簽署法律文件，說明您基於良心反對接受**非強制性**的醫學治療。

- **「非強制性」**醫療護理或治療是指任何自願且非任何聯邦、州或地方法律規定的醫療護理或治療。
- **「強制性」**醫學治療是指您非自願獲得的醫療護理或治療，或指聯邦、州或地方法律規定的醫療護理或治療。

若要納入本計劃的承保範圍，您從宗教性非醫療健康護理機構獲得的醫護服務必須符合以下條件：

- 提供醫護服務的設施必須經聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 認證。
- 本計劃僅承保醫護服務的非宗教性部分。
- 如果您在該機構內接受由該機構醫護設施提供的服務，則應滿足下列條件：
  - 您必須患有某種病況，該病況可讓您獲得承保的住院醫護服務或專業護理院醫療護理。
  - – 並且 – 在入住該設施之前，您必須事先獲得本計劃的批准，否則您的住院將不會獲得承保。

註：承保服務的限制及成本分擔與第4章和第12章所述之網絡保健業者提供之服務的限制及成本分擔相同。

第7節 耐用醫療器材所有權規定

第7.1節 您在按照本計劃規定支付一定次數的費用之後，仍無法擁有某些耐用醫療器材的所有權

耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME) 包括以下用品：氧氣器材和用品、輪椅、助行器、電動床墊系統、拐杖、糖尿病用品、語音溝通裝置、靜脈 (Intravenous, IV) 注射泵、噴霧器以及由保健業者開醫囑且供居家使用的病床。會員始終擁有一些耐用醫療器材 (DME) 物品的所有權，例如義肢。其他類型的耐用醫療器材 (DME) 則必須租用。

在Original Medicare中，租用某些類型耐用醫療器材 (DME) 的人士若在為該用品支付13個月的共付額後，便可擁有該器材的所有權。**身為本計劃的會員，在您具備本計劃會員身分期間，不論您為租用的耐用醫療器材 (DME) 支付多少共付額，您仍無法獲得該用品的所有權。**即使您在加入本計劃之前已根據Original Medicare連續為該耐用醫療器材 (DME) 用品支付多達12次的費用，您也不會取得所有權。

如果您轉換至Original Medicare，您為耐用醫療器材支付的費用將如何處理？

如果您在參與本計劃期間未獲得耐用醫療器材 (DME) 用品的所有權，則在轉換至Original Medicare之後，您將需重新支付連續13次的費用才能享有該用品的所有權。您在入保本計劃期間所支付的費用將不計入上述連續13次的費用中。

示例1：您在Original Medicare中連續支付12次或少於12次的款項，之後才加入我們的計劃。您在Original Medicare中支付的金額將不予計算。

示例2：您在Original Medicare中連續支付12次或少於12次的款項，之後才加入我們的計劃。在該計劃中，您沒有獲得該物品的所有權。然後您轉換至Original Medicare。在您重新加入Original Medicare之後，您必須重新支付連續13次的費用才能享有用品的所有權。您已經支付的任何款項（無論是支付給本計劃，還是支付給Original Medicare）均不予計算。

第7.2節　氧氣設備、用品和維護的規則

若您符合聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 所承保的氧氣設備資格，我們的計劃會承保：

- 氧氣設備租賃
- 氧氣輸送和氧氣量供應
- 用於輸送氧氣及氧氣量供應的管線和相關氧氣配件
- 氧氣設備的保養和修理

如果您退出我們的計劃或不再需要醫療上的氧氣設備，則必須將氧氣設備退還。

如果您離開本計劃並轉回Original Medicare，會發生什麼事？

Original Medicare要求氧氣供應商為您提供5年的服務。在最初的36個月中，您需要租用設備。在剩下的24個月，供應商負責提供設備和維護（您仍需負責支付適用於氧氣的成本分擔）。五年後，您可以選擇同一家氧氣供應商，也可以選擇另一家。此時，5年的週期會重新開始，即使您使用同一家供應商，您也必須支付最初36個月的共付額。如果您加入或退出本計劃，5年週期就會重新計算。

第4章：
醫療福利表（承保內容及應付費用）

第1節　瞭解您為承保服務支付的自付費用

醫療福利表列出了您作為本計劃的會員可獲得的承保服務，以及您必須為每項承保服務支付多少費用。本節還提供有關非承保醫療服務的資訊並說明某些服務的限制。此外，請參閱第3章、第11章及第12章以獲得其他承保範圍資訊，包括限制（如理賠協調、耐用醫療器材、居家健康護理、專業護理院醫療護理和第三方責任）。本章第2.1節將向您說明我們可選的補充福利。

第1.1節　　您可能需為承保服務支付的自付費用

您可能需為承保服務支付的自付費用類型包括：

- **共付額：**您每次接受某些醫療服務時所支付的固定金額。您需在接受醫療服務時支付共付額，除非我們當時未收取所有成本分攤，並在日後給您發送帳單。（醫療福利表將進一步向您說明您的共付額。）
- **共保額：**您為某些醫療服務支付總費用的百分比。您需在接受醫療服務時支付共保額，除非我們當時未收取所有成本分擔，並在日後給您發送帳單。（醫療福利表將進一步向您說明您的共保額。）

大多數符合聯邦／州醫療保健輔助計劃或合格聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 受益人 (QMB) 計劃資格的人士無需支付免賠額、共付額或共保額。如果您參加了其中一個計劃，請務必向您的保健業者出示您的聯邦／州醫療保健輔助計劃或合格聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 受益人 (QMB) 資格證明。

第1.2節　　您需為Medicare A部分和B部分的承保醫療服務支付的最高金額是多少？

對於Medicare A部分和B部分的網絡內承保醫療服務，Medicare Advantage計劃對您每年所需支付的自付費用總金額設有上限。該限制稱為醫療服務的自付上限 (Maximum Out-of-Pocket, MOOP)。對於2027日曆年度，自付上限 (MOOP) 的金額為：

- San Joaquin County Enhanced或Stanislaus County Enhanced計劃：**$2,500**。
- Greater Fresno Area Enhanced計劃：**$2,900**。
- Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced、 Contra Costa County Enhanced、Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced、Marin and San Mateo Counties Enhanced、Santa Clara County Enhanced或Solano County Enhanced計劃：**$3,900**。

- San Joaquin County Basic計劃：**$4,400**。
- Greater Fresno Area Basic、Santa Cruz County或Stanislaus County Basic計劃：**$4,900**。
- Alameda County Basic、Contra Costa County Basic、Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic、Marin County Basic、San Francisco County Basic、San Mateo County Basic、Santa Clara County Basic或Solano County Basic計劃：**$6,000**。

您為網絡內承保服務支付的共付額和共保額將計入該自付上限額中。您為計劃保費和D部分藥物支付的金額不計入您的自付上限。此外，您為某些服務支付的金額也不計入您的自付上限。這些服務在醫療福利表中標有星號 (*)。如果您達到自付上限額（San Joaquin County Enhanced或Stanislaus County Enhanced計劃為**$2,500**；Greater Fresno Area Enhanced計劃為**$2,900**；Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced、Contra Costa County Enhanced、Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced、Marin and San Mateo Counties Enhanced、Santa Clara County Enhanced或Solano County Enhanced計劃為**$3,900**；San Joaquin County Basic 計劃為**$4,400**；Greater Fresno Area Basic、Santa Cruz County或Stanislaus County Basic計劃為**$4,900**；Alameda County Basic、Contra Costa County Basic、Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic、Marin County Basic、San Francisco County Basic、San Mateo County Basic、Santa Clara County Basic或Solano County Basic計劃為**$6,000**），您在該年度剩餘時間將無需為網絡內Medicare計劃A部分和Medicare計劃B部分承保服務支付任何自付費用。但您必須繼續支付您的計劃保費和Medicare B部分保費（Medicare計劃B部分保費由聯邦／州醫療保健輔助計劃或其他第三方支付的情形除外）。

第1.3節　保健業者不得對您進行差額收費

作為本計劃的會員，您將獲得一項重要保障，因為您在獲得本計劃承保的服務時，僅需支付您的成本分擔費用。保健業者不得額外向您收取另外的費用，稱為**差額收費**。即使我們向保健業者支付的費用少於其收取的服務費用，且即使我們因存在爭議而未向保健業者支付某些費用，該保障也適用。

差額收費保障措施的運作方式如下：

- 如果您的成本分擔為共付額（即固定金額，如$15），則對於網絡保健業者提供的任何承保服務，您只需支付該金額。
- 如果您的成本分擔為共保額（即總費用的一定百分比），則您決不會支付多於該百分比的費用。然而，您支付的費用取決於您請哪一類保健業者為您看診：
  - 如果您從網絡保健業者處接受承保服務，您需要支付的費用是共保額的百分比乘以本計劃償付費率（該費率在保健業者和本計劃簽訂的合約中有所規定）。

- 如果您從參與聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的網絡外保健業者處接受承保服務，您需要支付的費用是共保額的百分比乘以合約保健業者的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 付款費率。（本計劃只在某些情形下才承保網絡外保健業者提供的服務，例如當您獲得轉診或需要急診或緊急需求服務時。）
- 如果您從未參與聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的網絡外保健業者處接受承保服務，您需要支付的費用是共保額的百分比乘以未參與聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的保健業者的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 付款費率。（本計劃只在某些情形下才承保網絡外保健業者提供的服務，例如當您獲得轉診，或在服務區外接受急診或緊急需求服務時。）

- 如果您認為保健業者向您收取差額收費，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡。

第2節　醫療福利表列有您的醫療福利與費用

接下來幾頁的醫療福利表列出了我們承保的服務以及您需為每項服務支付的自付費用（D部分藥物保險內容請參閱第5章）。醫療福利表中列出的服務僅在滿足下列條件時才屬於承保範圍：

- 您的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保服務必須按照聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的承保範圍準則予以提供。
- 您的服務（包括醫療護理、服務、用品、設備以及Medicare計劃B部分藥物）必須是醫療上必要的服務。醫療上必要的是指服務、用品或藥物對於您病症的預防、診斷或治療具有必要性，且滿足獲得認可的醫療執業規範。
- 對於新入保會員，您的Medicare Advantage (MA) 協調式護理計劃必須提供至少90天的過渡期，在此期間，該新Medicare Advantage (MA) 計劃不能針對任何進行中的療程要求您取得事前授權書，即使該療程最初是由網絡外保健業者開始提供。
- 您向網絡保健業者取得醫護服務。在大多數情形下，您從網絡外保健業者處獲得的醫護服務將無法獲得承保，除非是急診、緊急醫護，或除非本計劃或網絡保健業者已經為您提供轉診。這表示您需要為您所獲得的網絡外服務向保健業者支付全額。
- 您有基本保健業者 (PCP)，並由其負責提供和監督您的醫護服務。在大多數情形下，您的基本保健業者 (PCP) 必須在您請本計劃網絡內其他保健業者看診前，為您提供事先批准（轉診）。
- 醫療福利表中所列的部分服務僅在您的醫生或其他網絡保健業者事先獲得我們的批准時（有時稱為**事前授權書**）才會獲得承保。需要事先批准的承保服務在醫療福利表中用 (†) 符號標出。此外，請參閱第3章第2.3節瞭解事前授權書的更多資訊，包括其他需要取得事前授權書但未列入醫療福利表中的服務。

- 若協調式護理計劃對療程核准了事先授權申請，則只要根據適用承保標準、您的病史和治療保健業者的建議，在避免中斷醫護服務方面具有醫療合理性和醫療必要性，該核准就必須有效。

與本計劃承保範圍有關的其他重要須知事項：

- 與所有聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 保健計劃一樣，我們承保Original Medicare承保的所有項目。就其中的某些福利而言，您在本計劃中需支付的費用會比在Original Medicare中的費用多一些。而就其他項目而言，你需要支付的費用會少一些。(如欲瞭解更多有關Original Medicare承保範圍和費用的資訊，請查閱Medicare & You 2027手冊。請在**Medicare.gov**網站上查閱，或撥打**1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) 索取一份複本。聽障及語障電話專線使用者請撥打**1-877-486-2048**。)
- 對於Original Medicare承保的所有免費預防性服務，我們也會免費為您承保這些服務。但是，如果您在接受預防性服務的就診期間還針對原有病症接受治療或監測，那麼對於您針對原有病症所接受的醫護服務，您將需支付共付額。
- 如果聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 在2027年將任何新服務納入承保範圍內，則聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 或本計劃將承保這些服務。

此蘋果符號用於標示醫療福利表中的預防性服務。

醫療福利表

下面的醫療福利表說明了本《承保範圍說明書》中所包含之以下Kaiser Permanente Senior Advantage計劃的醫療福利：

- Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced計劃
- Alameda County Basic計劃
- Contra Costa County Basic計劃
- Contra Costa County Enhanced計劃
- Greater Fresno Area Basic計劃
- Greater Fresno Area Enhanced計劃
- Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic計劃
- Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced計劃
- Marin and San Mateo Counties Enhanced計劃
- Marin County Basic計劃
- San Francisco County Basic計劃
- San Joaquin County Basic計劃
- San Joaquin County Enhanced計劃
- San Mateo County Basic計劃
- Santa Clara County Basic計劃
- Santa Clara County Enhanced計劃
- Santa Cruz County計劃
- Solano County Basic計劃
- Solano County Enhanced計劃
- Stanislaus County Basic計劃
- Stanislaus County Enhanced計劃

如果您不確定自己入保的是哪項計劃，請打電話給會員服務部或參閱您的「年度變更通知」封面（或者，如為新會員，請參閱您的入保申請表或入保確認函）。

註：請參閱第1章的第2.2節，以瞭解本《承保範圍說明書》中每項計劃之服務區的地理位置。就保費、成本分擔、入保和退保而言，本地區的服務區有多種Senior Advantage計劃，具體內容詳見本《承保範圍說明書》。不過，就獲得承保服務而言，您可以在本地區服務區內任何地方獲得網絡保健業者的醫療護理。

醫療福利表

承保服務	您需支付的費用
腹主動脈瘤篩檢 為有風險者提供的一次性超音波篩檢。僅在您有某些風險因素且您的醫生、醫生助理 (Physician Assistant, PA)、護理師 (Nurse Practitioner, NP) 或臨床專科護士 (Clinical Nurse Specialist, CNS) 為您轉診接受此篩檢時，本計劃才承保此篩檢。	符合此項預防性篩檢資格的會員無需支付任何共保額、共付額或免賠額。
用於治療慢性下背痛的針灸† 承保服務包括： 在下列情況下，90天內最多可承保12次就診： 就此項福利而言，慢性下背痛的定義如下： • 持續12週或更長時間 • 非特異性，其中沒有可識別的全身性病因（即與轉移性、發炎性、傳染性等疾病無關） • 與外科手術無關 • 與懷孕無關 對於病情出現改善的患者，可額外承保8個療程。每年不得施用超過20次針灸治療。如果病人沒有獲得改善或病情惡化，則必須中止治療。 **保健業者要求：** 醫生可根據適用的州政府要求提供針灸。醫生助理 (PA)、護理師 (NP)/臨床專科護士 (CNS) 及輔助人員，如符合所有適用的州政府要求，並具備以下條件，則可提供針灸： • 獲得針灸和東方醫學認證委員會 (ACAOM) 認可學校的針灸或東方醫學碩博士學位；以及 • 擁有在美國的州、領土或自治邦（例如波多黎各）或哥倫比亞特區執業的現行、完整、有效且不受限制的針灸執業執照。	**$0**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
提供針灸的輔助人員必須依照法規要求，在醫生、醫生助理 (PA) 或護理師 (NP)／臨床專科護士 (CNS) 適當程度的監督下提供服務。	
針灸不屬於聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的承保範圍† 針灸通常僅用於治療噁心，或作為治療慢性疼痛之綜合疼痛管理計劃的一部分。	**$0**
救護車服務 承保的救護車服務，無論是急診或非急診情況，都包括使用固定翼飛機、旋翼飛機和地面救護車服務，載送至最近且可提供醫護服務的適當設施，前提是會員的病情若使用其他患者轉送方式可能會危及會員的健康或者該服務已獲得本計劃的授權。如果承保的救護車服務不是用於急診情況，則應提供文件證明會員的病情若使用其他患者轉送方式可能會危及會員的健康，且救護車轉送服務是醫療上必要的。 如果您合理認為您發生急診病症且您合理認為您的病情需要救護車患者轉送服務提供臨床支援，則我們亦會在沒有事前授權書的情況下承保全球各地的執照救護車服務（包括在有提供911緊急響應系統的地區，透過該系統安排的患者轉送服務）。	您需為每趟單程支付**$350**。
年度例行身體檢查 例行身體檢查屬於承保範圍，但條件是根據獲得公認的專業執業規範，該檢查屬於具有醫療適當性的預防性保健服務。	您無需為本項預防性保健服務支付任何共保額、共付額或免賠額。
年度保健就診 如果您入保Medicare計劃B部分的時間超過12個月，您便可獲得年度保健就診，以根據您目前的健康及風險因子制定或更新個人預防計劃。此項服務每12個月承保一次。	您無需為年度保健就診支付任何共保額、共付額或免賠額。

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
註：您的首次年度保健就診不得在接受「歡迎加入聯邦醫療保險計劃 (Medicare)」預防性就診後的12個月內進行。但是，在您入保Medicare計劃B部分12個月之後，您無需進行「歡迎加入聯邦醫療保險計劃 (Medicare)」就診便可獲得年度保健就診的承保。	
骨質測量 針對符合資格者（通常是指有骨質流失或骨質疏鬆風險者），下列服務每24個月會承保一次，若為醫療上必要的服務則可增加承保次數：骨質鑑定診療、骨質流失檢測或骨質測定，其中包括醫生解讀檢測結果。	您無需為聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保的骨質測量支付任何共保額、共付額或免賠額。
乳癌篩檢（乳房X光檢查） 承保服務包括： • 35至39歲之間的女性享有一次基線乳房X光檢查 • 年滿40歲及40歲以上的女性每12個月享有一次乳房X光檢查篩檢 • 每24個月一次臨床乳房檢查	您無需為承保的乳房X光檢查篩檢支付任何共保額、共付額或免賠額。
心臟復健服務 為符合某些條件且有醫生醫囑的會員承保心臟復健服務（包括運動、教育和諮詢）綜合性計劃。如果您曾患有以下至少一種疾病，本計劃將承保這些綜合性計劃： • 過去12個月內心臟病發作 • 冠狀動脈繞道手術 • 穩定型心絞痛（胸痛） • 心臟瓣膜修復或置換 • 冠狀血管造形術（一種用於打通阻塞動脈的醫療手術）或冠狀動脈支架置入術（用於保持動脈暢通的手術）	**您需為**每次**基本護理就診支付$0** 依您所入保的計劃而定，您每次**專科醫護就診**所需支付的費用如下： • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$15** • Alameda County Basic – **$30** • Contra Costa County Basic – **$30** • Contra Costa County Enhanced – **$15** • Greater Fresno Area Basic – **$30**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
• 心臟或心肺移植 • 穩定型慢性心力衰竭 承保範圍限制： 您可以獲得最多36次心臟復健療程。您每天最多可接受2次療程（每次持續1小時），該計劃最長可持續36週。如果您符合資格，您可能可以獲得額外36次療程，這些療程可分散安排於較長的期間內。	• Greater Fresno Area Enhanced – **$15** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$30** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$15** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$15** • Marin County Basic – **$30** • San Francisco County Basic – **$30** • San Joaquin County Basic – **$20** • San Joaquin County Enhanced – **$10** • San Mateo County Basic – **$30** • Santa Clara County Basic – **$30** • Santa Clara County Enhanced – **$20** • Santa Cruz County – **$25** • Solano County Basic – **$30** • Solano County Enhanced – **$15** • Stanislaus County Basic – **$20** • Stanislaus County Enhanced – **$10**
心血管疾病風險降低就診（心血管疾病治療） 我們每年承保一次在基本保健醫生處的就診，以幫助降低心血管疾病風險。在這次就診中，您的醫生可能會討論阿斯匹林服用情形（如適用）、檢查您的血壓，並提供有關確保健康飲食的建議。	您無需為密集行為治療心血管疾病預防福利支付任何共保額、共付額或免賠額。

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
心血管疾病篩檢測試 每5年（60個月）進行一次驗血，以檢測心血管疾病（或與心血管疾病風險增加有關的異常症狀）。	您無需為每5年承保一次的心血管疾病測試支付任何共保額、共付額或免賠額。
子宮頸癌和陰道癌篩檢 承保服務包括： • 所有女性每24個月可接受一次子宮頸抹片檢查與骨盆檢查 • 若屬於子宮頸癌或陰道癌高風險族群，或正值生育年齡且在過去3年內曾有子宮頸抹片檢查結果異常，則每12個月可接受一次子宮頸抹片檢查	您無需為聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保的預防性子宮頸抹片檢查與骨盆檢查支付任何共保額、共付額或免賠額。
脊柱神經治療服務† 承保服務包括： • 我們僅承保矯正脊椎半脫位的徒手整脊服務 ○ 這些聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保服務是由網絡保健業者提供或由網絡保健業者授權的脊椎神經醫生提供。如需網絡脊椎神經醫生清單，請參閱《保健業者名錄》。	**$0**
結腸直腸癌篩檢 以下篩檢測試可獲得承保： • 結腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制，對於非高風險患者每120個月（10年）承保一次；對於非結腸直腸癌高風險患者，在之前接受過撓性乙狀結腸鏡檢查後每48個月承保一次；對於之前做過結腸鏡檢查篩檢的高風險患者，每24個月承保一次。	您無需為聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保的結腸直腸癌篩檢檢查支付任何共保額、共付額或免賠額。 如果您的醫生在結腸鏡檢查或撓性乙狀結腸鏡檢查期間發現並切除了息肉或其他組織，則篩檢檢查將成為診斷檢查，您需支付**$0**。

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
• 對於45歲及45歲以上、非結腸直腸癌高風險患者所進行的電腦斷層掃描結腸造影，前提是符合下列任一條件：在進行最後一次篩檢性電腦斷層結腸造影的月份後至少已過去59個月，或進行最後一次篩檢性撓性乙狀結腸鏡檢查或篩檢性結腸鏡檢查的月份後至少已過去47個月。對於屬於結腸直腸癌高風險族群的患者，在進行最後一次篩檢性電腦斷層掃描結腸造影或最後一次篩檢性結腸鏡檢查的月份後至少已過去23個月，可以承保篩檢性電腦斷層掃描結腸造影的費用。 • 適用於45歲及45歲以上患者的撓性乙狀結腸鏡檢查。對於非高風險患者，在接受結腸鏡檢查篩檢後每120個月承保一次。對於高風險患者，自上次進行撓性乙狀結腸鏡檢查或電腦斷層掃描結腸鏡造影後每48個月承保一次。 • 45歲及45歲以上患者的糞便隱血檢查。每12個月一次。 • 適用於45至85歲且不符合高風險標準患者的多目標糞便退氧核糖核酸基因檢查。每3年一次。 • 針對45至85歲且不符合高風險標準的患者進行血液生物標誌檢測。每3年一次。 • 結腸直腸癌篩檢測試包括在聯邦醫療保險計劃(Medicare)承保的非侵入性糞便結腸直腸癌篩檢測試呈現陽性結果後進行的隨訪篩檢性結腸鏡檢查。 • 結腸直腸癌篩檢測試包括預定進行的篩檢性撓性乙狀結腸鏡檢查或篩檢性結腸鏡檢查（涉及切除組織或其他物質），或與篩檢測試相關、因篩檢測試的結果而進行並在同一臨床就診中提供的其他診療。	
• 在結腸鏡篩檢中進行的程序（例如：切除息肉）。 • gFOBT或FIT檢測陽性或撓性乙狀結腸鏡檢查篩檢後進行的結腸鏡檢查。	**$0**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
註：所有其他結腸鏡檢查都必須支付此表其他地方所列的適用成本分擔。	
牙科服務 - 聯邦醫療保險計劃 (Medicare)† 一般而言，預防性牙科服務（如洗牙、例行牙科檢查及牙科X光檢查）不屬於Original Medicare的承保範圍。然而，聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 會在有限的情況下支付牙科服務費用，特別是當該服務是患者主要病況之特定治療不可或缺的一部分。一些示例包括骨折或受傷後的顎骨重建、為準備顎骨癌症放射治療而進行的拔牙、或器官移植前的口腔檢查。	您需為牙科醫生看診支付**$0**。 依您所入保的計劃而定，您每次專科醫生看診所需支付的費用如下： • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$15** • Alameda County Basic – **$30** • Contra Costa County Basic – **$30** • Contra Costa County Enhanced – **$15** • Greater Fresno Area Basic – **$30** • Greater Fresno Area Enhanced – **$15** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$30** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$15** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$15** • Marin County Basic – **$30** • San Francisco County Basic – **$30** • San Joaquin County Basic – **$20** • San Joaquin County Enhanced – **$10** • San Mateo County Basic – **$30** • Santa Clara County Basic – **$30** • Santa Clara County Enhanced – **$20**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	• Santa Cruz County – **$25** • Solano County Basic – **$30** • Solano County Enhanced – **$15** • Stanislaus County Basic – **$20** • Stanislaus County Enhanced – **$10**
牙科服務（預防性和綜合性）– 不屬於聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的承保範圍* 我們透過我們與Delta Dental of California（以下簡稱「Delta Dental」）及其DeltaCare USA Medicare Plan簽訂的協議承保下述某些預防性和綜合性牙科護理，這些牙科護理透過與Delta Dental簽約提供牙科服務的牙科醫生網絡提供。如需有關牙科保健業者的資訊，請訪問**kp.org/dental/ca/medicare**以參閱DeltaCare USA Medicare網絡「Find a dentist」（找到牙科醫生）頁面，或參閱**kp.org/directory**上的*Dental Provider Directory*（牙科保健業者名錄）。 若要使服務獲得承保，會員必須從其所選擇的DeltaCare USA Medicare牙科醫生取得牙科護理。如果某牙科診療未列於下表，則該牙科診療即不屬於承保範圍。您應在接受服務前與您所選擇的牙科醫生或牙科專科醫生討論所有治療選項。 您可使用線上帳戶或撥打**1-877-644-1774**與Delta Dental客戶服務部聯絡，以選擇牙科醫生或更換您已選擇的牙科醫生，服務時間為週一至週五，上午8:00至晚上8:00；從10月1日至隔年3月31日，服務時間為每週7天，上午8:00至晚上8:00（聽障及語障電話專線使用者請撥打**1-800-735-2929**）。在當月15日之前針對所選牙科醫生進行的變更將即刻生效。在當月16日或之後所進行的選擇將於下個月的第一天生效。	

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
如欲進行約診： • 請打電話給您所選擇的牙科醫生設施並表明您是DeltaCare USA Medicare計劃的會員。 • 您可訪問**kp.org/dental/ca/medicare**在線上進一步瞭解您所選擇的牙科醫生或選擇新的牙科醫生。 除急診服務或由專科醫生提供且會員獲得Delta Dental事先批准的服務外，您必須前往其所選擇的合約牙科醫生處接受承保服務。其他所有治療皆不屬於您牙科福利的承保範圍。如果牙科醫生建議某項治療，您可請牙科醫生提交治療計劃給Delta Dental審查。Delta Dental將會向您和您的牙科醫生提供預估費用，幫助您在服務提供前進一步瞭解您的承保範圍和預期的自付費用。	
診斷性服務 (D0100-D0999) • 全口X光檢查及放射影像 (D0210) 限每2個日曆年度一組，且包括根尖周 (D0220, D0230) 和咬翼片 (D0270, D0272, D0273, D0274, D0277) 的任何組合。理賠福利僅限於兩個日曆年度內的口內綜合放射線影像 (D0210) 或環口放射線影像 (D0330)。全景影像不被視為綜合口腔內系列的一部分。	
• D0120 - 定期口腔評估 每日曆年度兩次口腔評估（*D0120*、*D0140*、*D0160*或*D0170*）	**$0**
• D0140 - 有限口腔評估，以解決問題為主 每日曆年度兩次口腔評估（*D0120*、*D0140*、*D0160*或*D0170*）	**$0**
• D0150 - 綜合口腔評估 - 新患者或舊患者 每3個日曆年度每位保健業者或每個地點一次綜合評估 *(D0150*或*D0180*）	**$0**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
• D0160 - 詳細且完整的口腔評估 - 以解決問題為主，按申報 每日曆年度兩次口腔評估（*D0120*、*D0140*、*D0160*或*D0170*）	**$0**
• D0170 - 重新評估 - 有限制，以解決問題為主（舊患者；非術後就診） 每日曆年度兩次口腔評估（*D0120*、*D0140*、*D0160*或*D0170*）	**$0**
• D0171 - 重新評估 - 術後診所就診	**$0**
• D0180 - 綜合牙周評估 - 新患者或舊患者 每3個日曆年度每位保健業者或每個地點一次綜合評估 *(D0150*或*D0180*）	**$0**
• D0190 - 患者篩檢 每日曆年度一次（*D0190*或*D0191*）	**$0**
• D0191 - 患者評估 每日曆年度一次（*D0190*或*D0191*）	**$0**
• D0210 - 口內 – 全面放射影像系列 每2個日曆年度一次（*D0210*或*D0330*）	**$0**
• D0220 - 口內 - 第一張根尖周放射影像 每日曆年度兩張根尖周放射影像（*D0220*或*D0230*）	**$0**
• D0230 - 口內 - 每額外一張根尖周放射影像 每日曆年度兩張根尖周放射影像（*D0220*或*D0230*）	**$0**
• D0270 - 咬翼片 - 單張放射影像 每日曆年一組咬翼片X光檢查（*D0270*、*D0272*、*D0273*、*D0274*或*D0277*）	**$0**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
• D0272 - 咬翼片 - 兩張放射影像 每日曆年一組咬翼片X光檢查（*D0270*、*D0272*、*D0273*、*D0274*或*D0277*）	**$0**
• D0273 - 咬翼片 - 三張放射影像 每日曆年一組咬翼片X光檢查（*D0270*、*D0272*、*D0273*、*D0274*或*D0277*）	**$0**
• D0274 - 咬翼片 – 四張放射影像 每日曆年一組咬翼片X光檢查（*D0270*、*D0272*、*D0273*、*D0274*或*D0277*）	**$0**
• D0277 - 垂直咬翼片 - 7-8張放射影像 每日曆年一組咬翼片X光檢查（*D0270*、*D0272*、*D0273*、*D0274*或*D0277*）	**$0**
• D0330 - 全口放射影像 每2個日曆年度一次（*D0210*或*D0330*）	**$0**
• D0350 - 從口腔內或口腔外拍攝的二維口腔／面部攝影影像 每3個日曆年度一次。	**$0**
• D0396 - 3D列印三維牙科表面掃描	**$0**
• D0461 - 裂齒檢查	**$0**
預防性服務 (D1000-D1999) • 如果您沒有定期前往牙科就診（至少每6個月一次），或已被診斷患有牙齦疾病，在接受例行護理（例如定期洗牙）之前，可能需要進行牙周刮治和牙根整平或全口清創。	
• D1110 - 預防性洗牙 - 成人 每日曆年度兩次（*D1110*、*D4346*或*D4910*）	**$0**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
• D1206 - 局部塗氟 每日曆年度兩次塗氟（*D1206*或*D1208*）	**$0**
• D1208 - 局部塗氟 - 不包括氟漆 每日曆年度兩次塗氟（*D1206*或*D1208*）	**$0**
牙周病服務 (D4000-D4999) • 包括術前和術後評估和局部麻醉下的治療。 • 如果您沒有定期前往牙科就診（至少每6個月一次），或已被診斷患有牙齦疾病，在接受例行護理（例如定期洗牙）之前，可能需要進行牙周刮治和牙根整平或全口清創。您可能必須針對這些服務支付額外的成本分擔。	
• D4341 - 牙周刮治和牙根整平 - 每象限四顆或四顆以上牙齒 每2個日曆年度每象限一次（*D4341*或*D4342*）	**$0**
• D4342 - 牙周刮治和牙根整平 - 每象限一至三顆牙齒 每2個日曆年度每象限一次（*D4341*或*D4342*）	**$0**
• D4346 - 在有廣泛性中度或重度牙齦發炎的情況下所進行的刮治 - 全口，在進行口腔評估之後 每日曆年度兩次（*D1110*、*D4346*或*D4910*）	**$0**
• D4910 - 牙周維護 每日曆年度兩次（*D1110*、*D4346*或*D4910*）	**$0**
一般性輔助服務 (D9000-D9999)	
• D9110 - 牙痛緩解治療 – 每次就診 每天一次	**$0**
• D9211 - 區域阻滯麻醉	**$0**
• D9212 - 三叉神經分支阻滯麻醉	**$0**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
• D9311 - 向醫療保健專業人員諮詢	**$0**
• D9450 - 病例說明，於詳細完整的治療規劃後進行-若在口腔評估過程中進行則屬於承保範圍	**$0**
• D9912 - 就診前患者篩檢	**$0**
• D9932 - 上頜活動式全口假牙的清潔和檢查 - 若在預防性洗牙或牙周清潔過程中進行則屬於承保範圍	**$0**
• D9933 - 下頜活動式全口假牙的清潔和檢查 - 若在預防性洗牙或牙周清潔過程中進行則屬於承保範圍	**$0**
• D9934 - 下頜活動式局部假牙的清潔和檢查 - 若在預防性洗牙或牙周清潔過程中進行則屬於承保範圍	**$0**
• D9935 - 下頜活動式局部假牙的清潔和檢查 - 若在預防性洗牙或牙周清潔過程中進行則屬於承保範圍	**$0**
• D9990 - 認證翻譯或手語服務 - 每次就診	**$0**
• D9991 - 牙科個案管理 - 解決影響按時赴診的障礙	**$0**
• D9992 - 牙科個案管理 - 醫護協調	**$0**
• D9995 - 遠距牙科 – 同步；即時看診	**$0**
• D9996 - 遠距牙科 – 非同步；可將資訊保存下來並傳送給牙科醫生以進行後續檢視	**$0**
• D9997 - 牙科個案管理 - 為有特殊健康護理需求的患者提供	**$0**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
如果您需要急診牙科護理，您應撥打**1-877-644-1774**與您的指定DeltaCare USA牙科醫生或Delta Dental客戶服務部聯絡，服務時間為週一至週五，上午8:00至晚上8:00；10月1日至3月31日的服務時間為每週7天，上午8:00至晚上8:00（聽障及語障電話專線使用者請撥打**1-800-735-2929**）。 如果您從指定DeltaCare USA牙科醫生取得屬於承保範圍的急診牙科護理，您需支付與非急診牙科護理相同的成本分擔。 您從指定DeltaCare USA牙科醫生以外的牙科醫生取得的承保急診牙科護理，每次急診限**$100**，但需扣除您的成本分擔。而急診護理的承保範圍，僅限於穩定您病情，以及提供緩和療護所需的必要醫護服務。請參閱第3.1節「牙科限制與除外項目」以瞭解更多資訊。 註：如果您入保本章第2.1節所述的可選補充福利(Advantage Plus)，額外牙科福利將可獲得承保。	
抑鬱症篩檢 我們每年承保一次抑鬱症篩檢。篩檢必須在能夠提供跟進治療和／或轉診的基本護理機構中完成。	您無需為每年一次的抑鬱症篩檢就診支付任何共保額、共付額或免賠額。
糖尿病篩檢 如果您有下列任何一項風險因素，我們將承保此項篩檢（包括空腹血糖檢查）：高血壓、膽固醇和三酸甘油酯水平異常（血脂異常）病史、肥胖或高血糖（葡萄糖）病史。如果您符合其他要求，如體重超重及糖尿病家族病史，這些測試可能也在承保範圍內。 自您最近一次糖尿病篩檢測試之日起，您可能有資格每12個月進行最多2次糖尿病篩檢。	您無需為聯邦醫療保險計劃(Medicare) 承保的糖尿病篩檢測試支付任何共保額、共付額或免賠額。

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務與用品 針對所有糖尿病患者（胰島素和非胰島素使用者），承保服務包括： • †用於監測血糖的用品：血糖測試條、採血裝置和採血針，以及用於檢查測試條和測量計準確度的血糖控制液。	**$0**
• †糖尿病監測器（血糖與連續血糖）	**$0**
• †針對患有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者：每個日曆年度一雙治療性訂製鞋（包括此類鞋隨附的鞋墊）和2副額外的鞋墊，或一雙深口鞋和3副鞋墊（不包括此類鞋隨附的非訂製可移除鞋墊），包括鞋具調整與適配服務。	**20%共保額**
• 在某些情況下提供的糖尿病自我管理訓練。 **註：**您可選擇透過本計劃外經美國糖尿病協會認可及聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 批准的計劃接受糖尿病自我管理訓練。	**$0**
耐用醫療器材 (DME) 和相關用品† （有關耐用醫療器材的定義，請參閱第12章和第3章。） 承保物品包括但不限於：輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、由保健業者開立醫囑並供居家使用的病床、IV注射泵、語音溝通裝置、氧氣器材、噴霧器和助行器。 我們承保屬於Original Medicare承保範圍且為醫療上必要的所有DME。如果我們的供應商在您所在地區沒有提供特定品牌或製造商的產品，您可以詢問他們是否可以為您特別訂購。您可在我們的網站**kp.org/directory**找到最新版的供應商清單。	您將需支付**20%共保額**，但尖峰呼吸空氣流量計與紫外線治療設備為**$0**。 **氧氣設備** 每次收到設備時，您的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 氧氣設備保險的成本分擔為**20%共保額**。 在您入保36個月後，您的成本分擔將不會改變。

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
我們也在醫療上必要承保下列非屬於Medicare承保範圍的耐用醫療器材 (DME)： • 需要擴展床時用於醫院病床的病床配件。 • 腳跟或手肘保護墊，用於預防或盡量減少需要使用進階壓力減輕設備。 • 用於治療多汗症的離子導入治療裝置，適用於當使用止汗劑屬禁忌時，且多汗症已造成醫療併發症（例如皮膚感染）或已影響日常生活活動。 • 如果氣管造口病人有嚴重的分泌物管理問題，需要利用復甦球輔助深呼吸，以進行灌洗及抽吸技術，則會承保復甦球。 • 用於治療牛皮癬以外疾病且醫療上必要的紫外線治療設備，包括家用紫外線治療設備，條件是 (1) 該設備已透過本計劃的事前授權書程序批准供您使用，詳如第3章所述，且 (2) 該設備在本計劃的服務區內提供。(紫外線治療設備的承保範圍僅限於能充分滿足您醫療需求的標準器材用品。我們將決定租賃或購買器材，且我們將選擇供應商。在我們不再承保這些器材之後，您必須將器材歸還給我們，或者您必須向我們支付器材的公平市場價格。)	
急診護理 急診護理是指符合以下條件的服務： • 由符合提供急診服務資格的保健業者提供 • 為評估或穩定急診病症所需。 醫療緊急情況是指您或任何其他具備一般健康和醫學常識的審慎非專業人士認為，您出現的醫療症狀需要立即就醫，以避免失去生命（以及如果您是孕婦，則包括避免未出生胎兒喪失生命）、失去四肢或四肢功能。這些醫療症狀可能是疾病、受傷、劇痛或迅速惡化的病情。 在網絡外獲得必要急診服務的成本分擔與在網絡內獲得此類服務時相同。	依您所入保的計劃而定，您每次急診部就診所需支付的費用如下： • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$150** • Alameda County Basic – **$130** • Contra Costa County Basic – **$130** • Contra Costa County Enhanced – **$150** • Greater Fresno Area Basic – **$130**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
您享有全球急診護理承保。	• Greater Fresno Area Enhanced – **$150** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$130** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$150** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$150** • Marin County Basic – **$130** • San Francisco County Basic – **$130** • San Joaquin County Basic – **$150** • San Joaquin County Enhanced – **$150** • San Mateo County Basic – **$130** • Santa Clara County Basic – **$130** • Santa Clara County Enhanced – **$150** • Santa Cruz County – **$130** • Solano County Basic – **$130** • Solano County Enhanced – **$150** • Stanislaus County Basic – **$130** • Stanislaus County Enhanced – **$150** 如果您在 24 小時內以住院病人的身分直接入院，則此共付額不適用（如果您以門診病人的身分入院，例如您入院接受觀察，此共付額則適用）。

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	†如果您從網絡外醫院獲得急診護理，且在急診病情穩定後需要接受住院護理，則您必須返回網絡醫院才能繼續獲得醫護服務的承保，或者您在網絡外醫院接受的住院護理必須獲得本計劃的授權，則您所需支付的費用將為您在網絡醫院時所支付的成本分擔。
健身福利 (One Pass®) 我們透過One Pass計劃提供健身福利，旨在幫助會員掌控自己的健康並感受最佳狀態。One Pass計劃涵蓋： • 健身房與健身地點：您將獲得會員資格，可以透過基本網絡和優選網絡使用各種網絡內健身房。健身地點包括全國性、地方和社區健身中心和專門的健身工作室。您可以使用任何網絡內的健身地點，並且可以在同一個月內使用多家合約健身地點。 • 線上健身：您可透過One Pass會員網站或行動應用程式使用直播數位健身課程及隨選健身運動。 • 健身和社交活動：您也能透過One Pass會員網站存取團體、俱樂部和社交活動。 • 居家健身工具組：若您偏好在家訓練，也可以每日曆年度選擇一套用於重訓、瑜珈或舞蹈的居家健身工具組。工具組可能變更，一經選擇便無法更換。 • 大腦健康：參與線上大腦健康認知訓練計劃。 如需更多關於合約健身房和健身地點、計劃福利或設定線上帳戶的資訊，請訪問**www.YourOnePass.com** 或撥打**1-877-614-0618**（聽障及語障電話專線**711**），服務時間為週一至週五上午6:00至晚上7:00。	**$0**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
以下項目不屬於承保範圍：附加服務（例如私人教練服務、需付費的團體健身課程、延長使用時間，或標準會員資格所不包含的額外課程）。 One Pass®是One Pass Solutions Inc.在美國和其他轄區的注冊商標，是一項自願性質的計劃。One Pass計劃及可使用的設施與服務因計劃、區域和地點而異。根據本計劃提供的資訊僅供一般資訊參考，不是用來、也不應構成醫療建議。One Pass對於第三方提供的服務或資訊，不具任何責任。在開始任何運動計劃之前，個人應先諮詢適當的保健專業人員，並/或由其判斷哪些運動可能適合自己。	
健康及養生教育計劃 作為Healthy Lifestyle Program的一部分，我們的計劃涵蓋許多團體健康教育課程，包括健康心臟、與慢性病共存及抑鬱症。Healthy Lifestyle Program由經認證的健康教育工作者或其他合格的保健專業人士提供。 我們也承保各種健康教育諮詢、計劃和資料來幫助您積極保護及改善您的健康，包括慢性病（例如糖尿病和哮喘）的計劃。您也可以參加本我們不承保的計劃，這些計劃可能需要您付費。 如欲取得有關我們健康教育諮詢、計劃和資料的更多資訊，請聯絡您當地的健康教育部、打電話給會員服務部或訪問我們的網站**kp.org**。	**$0**
聽力服務 保健業者為了確定您是否需要醫學治療而進行的診斷性聽力和平衡感評估，將以門診護理方式承保，前提是您是從醫生、聽覺專家或其他合格保健業者處取得該服務。 **註：**助聽器不屬於承保範圍，除非您如本章第2.1節所述入保Advantage Plus。	依您所入保的計劃而定，您每次專科醫護就診所需支付的費用如下： • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$15** • Alameda County Basic – **$30**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	• Contra Costa County Basic – **$30** • Contra Costa County Enhanced – **$15** • Greater Fresno Area Basic – **$30** • Greater Fresno Area Enhanced – **$15** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$30** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$15** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$15** • Marin County Basic – **$30** • San Francisco County Basic – **$30** • San Joaquin County Basic – **$20** • San Joaquin County Enhanced – **$10** • San Mateo County Basic – **$30** • Santa Clara County Basic – **$30** • Santa Clara County Enhanced – **$20** • Santa Cruz County – **$25** • Solano County Basic – **$30** • Solano County Enhanced – **$15** • Stanislaus County Basic – **$20** • Stanislaus County Enhanced – **$10**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
愛滋病毒 (HIV) 篩檢 對於要求接受愛滋病毒 (HIV) 篩檢測試或愛滋病毒 (HIV) 感染風險較高者，我們承保以下服務： • 每12個月進行一次篩檢檢查。 如果您懷孕了，我們將承保： • 懷孕期間最多3次篩檢檢查。	有資格接受屬於聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保範圍之預防性愛滋病毒 (HIV) 篩檢的會員，無需支付共保額、共付額或免賠額。
居家保健機構的醫療護理 在您獲得居家健康服務之前，醫生必須證實您需要居家健康服務，並安排由居家保健機構提供居家健康服務。您必須患病在家，這意味著離家對您而言很困難。 承保服務包括但不限於： • 非全天或非連續性專業護理和居家健康助理服務（為了獲得居家健康護理福利的承保，您的專業護理和居家健康助理服務的總時間每天合計不得超過8小時，每週不得超過35小時） • 物理治療、職能治療及言語治療 • 醫療和社工服務 • 醫療器材和用品	**$0** **註：**根據聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 準則提供的居家健康護理服務和用品無需支付成本分擔。但如果該用品屬於其他福利的承保範圍（例如：非由居家保健機構提供的耐用醫療器材），則需支付列於本「醫療福利表」其他部分的適用成本分擔。
居家靜脈注射治療† 居家靜脈注射治療包括在家中以靜脈注射或是皮下注射的方式對患者施用藥物或生物製劑。執行居家靜脈注射所需的項目包括藥物（例如抗病毒藥、免疫球蛋白）、設備（例如輸液幫浦）以及用品（例如輸液管路和導管）。 承保服務包括但不限於： • 依據護理計劃所提供的專業服務，包括護理服務 • 不屬於耐用醫療器材福利承保範圍的患者訓練與教育	專業服務、訓練和監測費用為**$0**。 **註：**根據用品而定，執行居家靜脈注射所需的項目（例如 Medicare B部分藥物、耐用醫療器材 (DME) 和醫療用品）可能需支付本「醫療福利表」其他部分所列的適用成本分擔。

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
• 遠端監測 • 由合格的居家靜脈注射治療供應商提供之居家靜脈注射治療及居家靜脈注射藥物的相關監測服務	
如果以下所有情形均屬實，我們將承保居家靜脈注射用品和藥物： • 您的處方藥列於Medicare D部分承付藥物手冊中 • 我們已批准您的居家靜脈注射治療用處方藥 • 您的處方是由網絡保健業者開立，且您是在網絡居家靜脈注射藥房配藥	**$0** **註：**如果承保的居家靜脈注射用品或藥物不是由網絡居家靜脈注射藥房配藥，則根據服務而定，該用品或藥物可能需支付本「醫療福利表」其他部分所列的適用成本分擔。
聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 不承保的居家醫療護理，適用於Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced、Alameda County Basic、Contra Costa County Basic、Contra Costa County Enhanced、San Francisco County Basic、Santa Clara County Basic、Santa Clara County Enhanced、Solano County Basic或Solano County Enhanced的計劃會員（優質居家護理） 如果醫生根據您的健康狀況認定您適合接受居家醫療護理，我們將承保聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 原本不承保的居家醫療護理，作為您接受醫院急症醫護的替代方案，並提供急症醫護後期服務，以協助您康復。居家服務必須： • 由網絡主治醫生開處方，該醫生會根據您的健康狀況、治療計劃和居家環境確定您可以在家中安全有效地接受治療。 • 由您選擇，因為您偏好在家中接受治療計劃中描述的醫護服務。	**$0**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
只要網絡主治醫生開處方，網絡保健業者就會根據治療計劃在您的家中提供以下服務和用品： • 由註冊護士 (RN)、物理治療師、職能治療師、言語治療師、呼吸治療師、營養師、居家健康助理和其他保健專業人員，根據居家護理治療計劃和保健業者的執業範圍和執照進行的家訪。 • 通訊裝置，讓您每週7天，每天24小時聯絡優質居家護理的指揮中心。這包括維持可靠溝通所需的通訊技術，以及在您無法撥打電話時聯絡指揮中心所需的個人緊急應變系統 (Personal Emergency Response System, PERS) 警報裝置。 • 用來確保您在家中受到適當監控所需的以下設備：血壓袖帶/監測器、脈衝式血氧濃度計、體重計和溫度計。 • 行動造影和檢測，例如X光檢查、化驗和心電圖 (EKG)。 • 下列安全用品：淋浴椅、加高馬桶座、取物器、長柄鞋拔及穿襪輔助器。 • 當您在家中接受急症醫護時，每週最多可獲得21份餐食。	
此外，下面列出的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保服務和用品作為居家治療計劃的一部分開具處方時，不適用本醫療理賠項目表其他地方指出的成本分擔： • 耐用醫療器材。 • 醫療用品。 • 當預定的救護車患者轉送屬於醫療上必要的情況時，往返網絡設施的非緊急救護車患者轉送。 • 醫生助理和護理師的家訪或診所看診。 • 以下網絡設施提供的服務（若服務屬於您居家治療計劃的一部分）： o 與此福利相關的網絡急診部就診。 o 物理、言語或職能治療診所就診。 o X光檢查、化驗、超音波和心電圖 (EKG)。	**$0**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
本「醫療福利表」其他部分所列的成本分擔將適用於不屬於居家治療計劃（例如，與居家治療計劃無關的耐用醫療器材 [DME]），或除上述以外，雖屬居家治療計劃但並未在您家中提供的所有其他服務和用品。**註：**如需處方藥成本分擔的資訊，請參閱此表中的Medicare B部分處方藥部分和第6章的Medicare D部分處方藥內容。	
安寧護理 如果您的醫生及安寧護理醫務主任告知您臨終預後，證明您患有絕症且根據正常病程發展，您的預期壽命只剩6個月或少於6個月，您便符合安寧護理的福利資格。您可透過任何聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 認證的安寧護理計劃接受醫護服務。本計劃有義務幫助您在計劃服務區內找到經聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 認證的安寧護理計劃，包括我們擁有、控制或有經濟利益的計劃。安寧護理的醫生可以是網絡保健業者，也可以是網絡外保健業者。 承保服務包括： • 控制症狀和緩解疼痛的藥物 • 短期喘息護理 • 居家護理 當您加入安寧護理服務時，您有權持續參與本計劃；如果您持續參與本計劃，您必須繼續支付計劃保費。 ***針對安寧護理服務以及屬於Medicare A部分或B部分承保範圍且與臨終預後相關的服務：** Original Medicare（而非本計劃）將支付安寧護理服務費用給安寧護理保健業者，以及與您臨終預後有關的任何Medicare計劃A部分和Medicare計劃B部分服務費用。在您加入安寧護理計劃的期間，您的安寧護理保健業者會針對需由Original Medicare支付的	如果您入保經聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 認證的安寧護理計劃，Original Medicare（而非本計劃）將會支付您的安寧服務以及與您臨終預後相關的Medicare計劃A部分和Medicare計劃B部分服務。

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
服務向Original Medicare開具帳單。您將支付Original Medicare的成本分擔。 **針對屬於Medicare A部分或B部分承保範圍且與您臨終預後無關的服務：**如果您需要與您臨終預後無關的非急診、非緊急需求服務，且該服務屬於Medicare A部分或B部分的承保範圍，則您需為這些服務支付的費用取決於您是否使用本計劃網絡內的保健業者並遵守計劃規定（例如獲得事前授權書等要求）。 • 如果您從網絡保健業者處接受承保服務，並有遵守取得服務的計劃規定，則您僅需為網絡內服務支付本計劃的成本分擔費用。 • *如果您從網絡外保健業者處獲得承保服務，您需根據Original Medicare規定支付成本分擔。 **針對屬於本計劃承保範圍但Medicare A部分或B部分不承保的服務：**無論服務是否與您的臨終預後相關，我們都將繼續承保屬於計劃承保範圍但Medicare計劃A部分或Medicare計劃B部分不承保的服務。您需為這些服務支付您計劃的成本分擔額。 **針對本計劃D部分福利可能承保的藥物：**若這些藥物與您的臨終安寧護理病症無關，您需支付成本分擔。如果這些藥物與您的臨終安寧護理病症相關，您需支付Original Medicare的成本分擔。藥物不會同時屬於安寧護理服務和本計劃的承保範圍。如需更多資訊，請參閱第5章第9.4節。 **註：**如果您需要安寧護理以外的醫護服務（與您臨終預後無關的醫護服務），請與我們聯絡以安排服務。	

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
本計劃為尚未選用安寧護理福利的末期病人承保安寧護理諮詢（僅限一次）。	**您需為**每次**基本護理就診支付$0** 依您所入保的計劃而定，您每次**專科醫護就診**所需支付的費用如下： • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$15** • Alameda County Basic – **$30** • Contra Costa County Basic – **$30** • Contra Costa County Enhanced – **$15** • Greater Fresno Area Basic – **$30** • Greater Fresno Area Enhanced – **$15** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$30** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$15** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$15** • Marin County Basic – **$30** • San Francisco County Basic – **$30** • San Joaquin County Basic – **$20** • San Joaquin County Enhanced – **$10** • San Mateo County Basic – **$30** • Santa Clara County Basic – **$30** • Santa Clara County Enhanced – **$20** • Santa Cruz County – **$25** • Solano County Basic – **$30**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	• Solano County Enhanced – **$15** • Stanislaus County Basic – **$20** • Stanislaus County Enhanced – **$10**
免疫接種 Medicare B部分的承保服務包括： • 肺炎疫苗 • 流感／流行性感冒預防針注射（或疫苗），每年秋季和冬季的流感／流行性感冒季節各一次，以及醫療上必要的額外流感／流行性感冒預防針注射（或疫苗） • 乙型肝炎疫苗，條件是您從未接受過完整的疫苗系列、您不知道自己的疫苗接種記錄，或者您患有任何其他病症使您成為罹患乙型肝炎的中高風險族群 • COVID-19疫苗 • 其他疫苗，條件是您有患病風險且符合Medicare B部分承保規定 我們的D部分藥物福利還承保其他大多數成人疫苗。請參閱第6章第7節以瞭解更多資訊。	您無需為肺炎、流感／流行性感冒、乙型肝炎及COVID-19疫苗支付任何共保額、共付額或免賠額。
住院醫療護理 包括住院病人急性醫護、住院病人復健、長期護理醫院以及其他類型的住院服務。住院醫療護理從您根據醫生醫囑正式入院之日開始算起。出院的前一天是您住院的最後一天。 對於普通急症醫護醫院一般慣常提供且醫療上必要的住院天數或服務沒有限制。承保服務包括但不限於： • 雙人病房（若為醫療上必要的情況，則提供單人病房） • 膳食，包含特殊飲食	每次住院都會收取成本分擔費用。 您在住院期間的第1-5天，依您所入保的計劃而定，您每天所需支付的費用如下： • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$350** • Alameda County Basic – **$400**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
• 經常性護理服務 • 加護病房費用（如重症監護病房，或冠狀動脈病護理病房） • 藥物 • 化驗 • X光檢查和其他放射科服務 • 必要的外科手術和醫療用品 • 器材的使用，如輪椅 • 手術室和恢復室費用 • 物理治療、職能治療及言語語言治療 • 藥物濫用住院服務 • †在某些情形下，下列類型的移植屬於承保範圍：角膜移植、腎臟移植、腎臟-胰腺移植、心臟移植、肝臟移植、肺移植、心／肺移植、骨髓移植、幹細胞移植和腸道／多臟器移植。如果您需要移植，我們會安排由獲得聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 批准的移植中心審核您的個案以確定您是否適合進行移植。進行移植的保健業者可以是當地或服務區以外的保健業者。如果我們網絡內的移植服務不屬於社區醫護服務的範圍，您可以選擇在當地接受移植服務，只要當地的移植保健業者願意接受Original Medicare的費率。如果我們在您所在社區通常提供移植服務範圍以外的地點提供移植服務，而您選擇在該較遠地點接受移植，我們將會依照交通和住宿準則，為您和一名陪同人員安排或支付適當的住宿和交通費用，請向會員服務部索取交通和住宿準則 • 血液 — 包括儲存和管理 • 醫生服務	• Contra Costa County Basic – **$410** • Contra Costa County Enhanced – **$310** • Greater Fresno Area Basic – **$380** • Greater Fresno Area Enhanced – **$260** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$450** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$360** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$310** • Marin County Basic – **$400** • San Francisco County Basic – **$400** • San Joaquin County Basic – **$380** • San Joaquin County Enhanced – **$250** • San Mateo County Basic – **$400** • Santa Clara County Basic – **$410** • Santa Clara County Enhanced – **$350** • Santa Cruz County – **$400** • Solano County Basic – **$440** • Solano County Enhanced - **$340** • Stanislaus County Basic – **$360** • Stanislaus County Enhanced – **$290**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	在此之後，剩餘的承保住院期間您需支付**$0**。此外，除非您是在同一天入院和出院，否則您在出院當天將無需支付上列共付額。 †如果您在急診病情穩定之後，獲得授權在網絡外醫院接受住院醫護，則您的費用將比照您在網絡醫院所支付的成本分擔。 **註：**如果您在2027年入院，且住院持續至2028年才出院，則2027年成本分擔將適用於該次住院，直到您出院或轉到專業護理院為止。
註：如欲成為住院患者，保健業者必須以書面醫囑安排您以醫院住院患者的身分正式入院。即使您在醫院過夜，您仍可能會被視為是門診患者。如果您不確定自己是住院病人還是門診病人，應詢問醫院工作人員。 • 如需更多資訊，請參閱聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 資訊表「聯邦醫療保險 (Medicare) 醫院福利」*(Medicare Hospital Benefits)* 可在 **Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf** 查閱，或撥打**1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**)。聽障及語障電話專線使用者請撥打**1-877-486-2048**。	
精神科醫院的住院病人服務 承保服務包括需要住院的精神健康護理服務。	每次住院都會收取成本分擔費用。 您在住院期間的第1-5天，依您所入保的計劃而定，您每天所需支付的費用如下： • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$350**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	• Alameda County Basic – **$400** • Contra Costa County Basic – **$410** • Contra Costa County Enhanced – **$310** • Greater Fresno Area Basic – **$380** • Greater Fresno Area Enhanced – **$260** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$450** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$360** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$310** • Marin County Basic – **$400** • San Francisco County Basic – **$400** • San Joaquin County Basic – **$380** • San Joaquin County Enhanced – **$250** • San Mateo County Basic – **$400** • Santa Clara County Basic – **$410** • Santa Clara County Enhanced – **$350** • Santa Cruz County – **$400** • Solano County Basic – **$440** • Solano County Enhanced – **$340** • Stanislaus County Basic – **$360** • Stanislaus County Enhanced – **$290**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	在此之後，剩餘的承保住院期間您需支付**$0**。此外，除非您是在同一天入院和出院，否則您在出院當天將無需支付上列共付額。 **註：**如果您在2027年入院，且住院持續至2028年才出院，則2027年成本分擔將適用於該次住院，直到您出院或轉到專業護理院為止。
住院：在非承保住院期間，您在醫院或專業護理院 (Skilled Nursing Facility, SNF) 接受的承保服務 如果您已經用完了專業護理院 (SNF) 福利，或者住院或專業護理院 (SNF) 不合理且不必要，我們將不承保您的住院或專業護理院 (SNF) 住院費用。在某些情形下，我們將會承保您在醫院或專業護理院 (SNF) 期間所接受的部分服務。承保服務包括但不限於： • 醫生服務 • 診斷性檢查（如化驗） • X光檢查、鐳和同位素治療，包含技術人員所使用的材料與服務 • †手術敷料 • †夾板、石膏模及其他用於骨折和脫臼復位的裝置 • †取代所有或部分身體內部器官（包括周邊組織）的假體及矯形裝置（牙科除外），或取代所有或部分已永久失能或機能失常之體內器官機能的假體及矯形裝置，包括此類裝置的更換或維修 • †腿部、手臂、背部及頸部支架；疝氣帶、人工腿、人工手臂及義眼，包括由於斷裂、磨損、遺失或患者身體情況改變所需的調整、維修和置換 • †物理治療、言語治療、職能治療	如果您的住院或專業護理院 (SNF) 住院不再屬於承保範圍，則在由網絡保健業者提供服務時，我們將繼續按列於本「醫療福利表」其他部分的適用成本分擔承保Medicare B部分服務。

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
醫療性營養治療 此項福利適用於糖尿病、腎臟病（但未接受腎透析）或接受過腎臟移植的患者，但需由您的醫生開醫囑。 根據聯邦醫療保險計劃 (Medicare)（其中包括本計劃、任何其他Medicare Advantage計劃或Original Medicare）規定，我們將會在您接受醫療性營養治療服務的第一年承保3小時一對一諮詢服務，並在第一年過後每年承保2小時。若您的狀況、治療或診斷結果有所改變，您可能可以依據醫生的醫囑，獲得更長時數的治療。醫生必須針對這些服務開處方，且如果您的治療必須延續至下一個日曆年度，醫生必須每年更新一次醫囑。	符合聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保醫療性營養治療服務資格的會員無需支付任何共保額、共付額或免賠額。
我們還承保與糖尿病或末期腎臟病 (ESRD) 無關的網絡保健業者營養／飲食諮詢。	**$0**
聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 糖尿病預防計劃 (MDPP) **所有聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 保健計劃中符合資格的會員均可獲得聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 糖尿病預防計劃 (MDPP) 服務的承保。** 聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 糖尿病預防計劃 (MDPP) 是一項有組織的健康行為改變介入措施，其提供長期飲食改變、增加體能活動以及問體解決策略等方面的實際訓練，以克服困難並進而維持減重和健康生活方式。	您無需為聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 糖尿病預防計劃 (MDPP) 福利支付任何共保額、共付額或免賠額。
Medicare B部分藥物 **這些藥物屬於Original Medicare B部分的承保範圍。本計劃的會員通過本計劃獲得這些藥物的承保。承保藥物包括：** • 通常不是由患者自行注射而是在您接受醫生、醫院門診或門診手術中心服務時透過注射或輸液方式而使用的藥物	**施用的Medicare計劃B部分藥物** 當Medicare B部分藥物需由醫療人員進行施用或觀察，且該藥物是由網絡保健業者為您施用時，您需支付**0%**或**20%共保額**。請打電話給會員服務部，以瞭解哪些

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
• 透過耐用醫療器材（例如醫療上必要的胰島素幫浦）提供的胰島素 • 您使用獲得本計劃授權的耐用醫療器材（如噴霧器）所服用的其他藥物 • 透過靜脈注射的阿爾茨海默氏病藥物Leqembi®（學名藥為lecanemab）。除藥物費用外，您可能需要在治療前和／或治療期間進行額外的掃描和測試，這可能會增加您的整體費用。請與醫生討論您的治療過程中可能需要哪些掃描和測試。 • 您因患有血友病，透過自行注射方式所使用的凝血因子 • 移植／免疫抑制藥物：如果聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 支付您的器官移植費用，則聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保移植藥物治療費用。您在接受承保的移植手術時必須擁有Medicare計劃A部分，並且在取得免疫抑制藥物時必須擁有Medicare計劃B部分。如果Medicare計劃B部分不承保免疫抑制藥物，Medicare D部分藥物保險將承保這些藥物 • 骨質疏鬆注射藥物，但條件是您無法離家、有骨折現象且經醫生證實該骨折與停經後骨質疏鬆有關，且您無法自行施用該藥物 • 部分抗原：如果醫生調製抗原，並且由經過適當指導的人（可能是您，即患者本人）在適當的監督下施用，則聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 會承保抗原 • 某些口服抗癌藥物：聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保某些口服抗癌藥物，前提是該口服藥物有注射劑型或是注射藥物的前體藥物（藥物的口服劑型，服用後會分解為與注射劑型相同的活性成分）。隨著提供新的口服癌症藥物，Medicare計劃B部分可能可承保。若Medicare計劃B部分不承保，D部分則會承保。	藥物是以**20%共保額**提供。有些藥物如果確定超過通貨膨脹金額，可能會低於20%。 **由網絡藥房提供的Medicare計劃B部分藥物** 當您從網絡藥房取得我們承付藥物手冊中的Medicare計劃B部分藥物時，您需支付以下費用： • 居家腎透析用的Epogen（最多30天藥量）為**$0**。 • 其他所有學名藥（最多30天藥量）： o Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$5** o Alameda County Basic – **$0** o Contra Costa County Basic – **$5** o Contra Costa County Enhanced – **$5** o Greater Fresno Area Basic – **$5** o Greater Fresno Area Enhanced – **$5** o Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$5** o Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$5** o Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$5** o Marin County Basic – **$10**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
• 口服抗噁心藥物：聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保您在抗癌化療療程中所使用的口服抗噁心藥物，前提是這些藥物是在化療之前、化療期間或化療後48小時內服用，或用作靜脈注射抗噁心藥物的完全治療替代品 • Medicare B部分承保的某些末期腎病 (ESRD) 口服藥物 • 末期腎病 (ESRD) 付款系統涵蓋的擬鈣劑藥物和磷結合劑，包含靜脈注射藥物Parsabiv®和口服藥物Sensipar® • 某些用於居家腎透析的藥物，包括肝素、在醫療必要時使用的肝素解毒劑以及局部麻醉劑 • 紅血球生成刺激劑：如果您患有末期腎病 (ESRD) 或需要該藥物來治療與某些其他疾病相關的貧血症（例如Procrit®、Retacrit®、Epoetin Alfa、Aranesp®或Darbepoetin Alfa），聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保注射用紅血球生成刺激劑 • 原發性免疫缺陷疾病居家治療用的免疫球蛋白靜脈注射液 • 腸外和腸內營養（靜脈內和管飼） 我們還承保Medicare計劃B部分規定的某些疫苗，以及D部分藥物福利所規定的大多數成人疫苗。 第5章將會說明本計劃的D部分藥物福利，包括為使處方藥獲得承保，您必須遵守的規定。您需為透過本計劃取得的D部分藥物支付的費用將會在第6章加以說明。	○ San Francisco County Basic – **$5** ○ San Joaquin County Basic – **$5** ○ San Joaquin County Enhanced – **$5** ○ San Mateo County Basic – **$0** ○ Santa Clara County Basic – **$0** ○ Santa Clara County Enhanced – **$5** ○ Santa Cruz County – **$5** ○ Solano County Basic – **$0** ○ Solano County Enhanced – **$5** ○ Stanislaus County Basic – **$10** ○ Stanislaus County Enhanced – **$5** 您需為品牌藥支付以下費用（最多30天藥量）： ○ 透過耐用醫療器材 (DME) 用品提供的Medicare計劃B部分胰島素品牌藥為**$35** ○ 其他所有品牌藥為**$47**
護理熱線 我們設有護理熱線，會員可以撥打該熱線尋求協助。諮詢護士是經過專門培訓的註冊護士，他們透過電話來協助評估醫療症狀，並在醫療上適當的情況下提供建議。無論您是打電話尋求建議還是要約診，您都可以與諮詢護士交談。	**$0**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
他們通常能夠回答有關輕微病症的問題、告訴您在網絡設施休息時該怎麼做，或向您建議接下來該採取哪些行動，包括在醫療上適當的情況下為您安排當天緊急醫護約診。如需每週7天，每天24小時隨時與諮詢護士通話，或欲進行約診，請參閱您的《保健業者名錄》，以查詢約診及諮詢電話號碼。	
促進持續減重的肥胖篩檢和治療 如果您的身體質量指數達到或超過30，我們承保密集諮詢以協助您減重。如果您透過基本護理的形式接受此類諮詢，由於基本護理和綜合預防計劃可互相協調，因此該諮詢將可獲得承保。請向您的基本保健醫生或執業人員洽詢以瞭解詳情。	您無需為預防性肥胖篩檢和治療支付任何共保額、共付額或免賠額。
阿片類藥物治療計劃服務 有阿片類藥物使用障礙 (Opioid Use Disorder, OUD) 的計劃會員可透過阿片類藥物治療計劃 (Opioid Treatment Program, OTP) 取得OUD治療服務承保，其中包括下列服務： • 美國食品及藥物管理署 (FDA) 批准的阿片類促效劑和拮抗劑藥物輔助治療 (Medication-Assisted Treatment, MAT) 藥物 • 配發和施用藥物輔助治療 (MAT) 藥物（如適用）	在臨床上施用阿片類藥物治療計劃所提供的Medicare B部分藥物時，您需要支付**0%-20%共保額**。有些藥物如果確定超過通貨膨脹金額，可能會低於20%。
• 藥物濫用諮詢 • 個人和小組治療 • 毒理學測試 • 初始評估與登記活動 • 定期評估	**$0**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
門診診斷性檢查以及治療服務和用品 承保服務包括但不限於： • X光檢查 • 超音波檢查	依您所入保的計劃而定，您每次所需支付的費用如下： • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$10** • Alameda County Basic – **$20** • Contra Costa County Basic – **$20** • Contra Costa County Enhanced – **$0** • Greater Fresno Area Basic – **$20** • Greater Fresno Area Enhanced – **$0** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$30** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$15** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$10** • Marin County Basic – **$25** • San Francisco County Basic – **$30** • San Joaquin County Basic – **$20** • San Joaquin County Enhanced – **$0** • San Mateo County Basic – **$20** • Santa Clara County Basic – **$20** • Santa Clara County Enhanced – **$0** • Santa Cruz County – **$0** • Solano County Basic – **$20** • Solano County Enhanced – **$0** • Stanislaus County Basic – **$20** • Stanislaus County Enhanced – **$0**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
• 化驗 • 心電圖 (EKG)、霍特心電圖監測和腦電圖 (Electroencephalogram, EEG) • 睡眠檢查。 • 放射（鐳和同位素）治療，包括技師材料和用品 • †外科用品，如敷料 • †夾板、石膏模及其他用於骨折和脫臼復位的裝置 • 血液 — 包括儲存和管理	**$0**
• 其他門診診斷性檢查： ○ 您的醫生或其他保健業者為治療醫療問題而開立醫囑的非化驗診斷，例如電腦斷層造影 (CT) 掃描、磁共振造影 (MRI) 和正子斷層造影 (PET) 掃描	依您所入保的計劃而定，您每項程序所需支付的費用如下： • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$300** • Alameda County Basic – **$300** • Contra Costa County Basic – **$300** • Contra Costa County Enhanced – **$300** • Greater Fresno Area Basic – **$300** • Greater Fresno Area Enhanced – **$300** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$300** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$300** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$300** • Marin County Basic – **$285**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	• San Francisco County Basic – **$300** • San Joaquin County Basic – **$300** • San Joaquin County Enhanced – **$300** • San Mateo County Basic – **$300** • Santa Clara County Basic – **$300** • Santa Clara County Enhanced – **$300** • Santa Cruz County – **$300** • Solano County Basic – **$300** • Solano County Enhanced – **$300** • Stanislaus County Basic – **$300** • Stanislaus County Enhanced – **$300**
• 在醫院門診部或門診手術中心或醫院手術室提供，或在任何場所提供且在您使用用於降低知覺或減輕不適的藥物之後恢復知覺時有持照工作人員替您監控生命體徵的任何診斷性檢查或特殊診療。	依您所入保的計劃而定，您每項程序所需支付的費用如下： • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$350** • Alameda County Basic – **$400** • Contra Costa County Basic – **$410** • Contra Costa County Enhanced – **$310** • Greater Fresno Area Basic – **$380** • Greater Fresno Area Enhanced – **$260** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$450**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	• Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$360** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$310** • Marin County Basic – **$400** • San Francisco County Basic – **$400** • San Joaquin County Basic – **$380** • San Joaquin County Enhanced – **$250** • San Mateo County Basic – **$400** • Santa Clara County Basic – **$410** • Santa Clara County Enhanced – **$350** • Santa Cruz County – **$400** • Solano County Basic – **$440** • Solano County Enhanced – **$340** • Stanislaus County Basic – **$360** • Stanislaus County Enhanced – **$290**
門診患者醫院觀察 觀察服務是醫院的門診服務，目的是在判定您是否需要以住院病人的身分入院或是否可以出院。 門診病人醫院觀察服務若要獲得承保，其必須符合聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的標準，且被認定為醫療上合理且必要的服務。觀察服務只有在醫生或依州執照法律及醫院醫務人員章程有權收治患者住院或安排門診檢查的其他人員開立醫囑後提供時，才會獲得承保。	依您所投保的計劃而定，當您以門診病人的身分直接入院接受觀察時，您每次住院所需支付的費用如下： • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$150** • Alameda County Basic – **$130** • Contra Costa County Basic – **$130**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
註：除非保健業者開立醫囑讓您以住院病人的身分入院，否則您仍屬於門診病人且需支付門診醫院服務的成本分擔額。即使您在醫院過夜，您仍可能會被視為是門診患者。若您不確定自己是否為門診病人，請詢問醫院的工作人員。 請參閱聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 資訊表「聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 醫院福利」*(Medicare Hospital Benefits)* 以取得更多資訊，網址為**Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf** ，或撥打**1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**)。聽障及語障電話專線使用者請撥打**1-877-486-2048**。	• Contra Costa County Enhanced – **$150** • Greater Fresno Area Basic – **$130** • Greater Fresno Area Enhanced – **$150** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$130** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$150** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$150** • Marin County Basic – **$130** • San Francisco County Basic – **$130** • San Joaquin County Basic – **$150** • San Joaquin County Enhanced – **$150** • San Mateo County Basic – **$130** • Santa Clara County Basic – **$130** • Santa Clara County Enhanced – **$150** • Santa Cruz County – **$130** • Solano County Basic – **$130** • Solano County Enhanced – **$150** • Stanislaus County Basic – **$130** • Stanislaus County Enhanced – **$150** **註：**從急診部或門診手術後轉進觀察室時，無需支付門診觀察留院的額外費用。

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
門診患者醫院服務 我們承保您為了診斷或治療疾病或受傷而在醫院門診部所接受之醫療上必要的服務。 承保服務包括但不限於： • 在急診部或門診診所提供的服務，如觀察服務或門診手術	**急診部** 依您所入保的計劃而定，您每次就診所需支付的費用如下： • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$150** • Alameda County Basic – **$130** • Contra Costa County Basic – **$130** • Contra Costa County Enhanced – **$150** • Greater Fresno Area Basic – **$130** • Greater Fresno Area Enhanced – **$150** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$130** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$150** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$150** • Marin County Basic – **$130** • San Francisco County Basic – **$130** • San Joaquin County Basic – **$150** • San Joaquin County Enhanced – **$150** • San Mateo County Basic – **$130** • Santa Clara County Basic – **$130** • Santa Clara County Enhanced – **$150**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	• Santa Cruz County – **$130** • Solano County Basic – **$130** • Solano County Enhanced – **$150** • Stanislaus County Basic – **$130** • Stanislaus County Enhanced – **$150** **門診手術** 依您所入保的計劃而定，您每項程序所需支付的費用如下： • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$350** • Alameda County Basic – **$400** • Contra Costa County Basic – **$410** • Contra Costa County Enhanced – **$310** • Greater Fresno Area Basic – **$380** • Greater Fresno Area Enhanced – **$260** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$450** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$360** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$310** • Marin County Basic – **$400** • San Francisco County Basic – **$400** • San Joaquin County Basic – **$380**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	• San Joaquin County Enhanced – **$250** • San Mateo County Basic – **$400** • Santa Clara County Basic – **$410** • Santa Clara County Enhanced – **$350** • Santa Cruz County – **$400** • Solano County Basic – **$440** • Solano County Enhanced – **$340** • Stanislaus County Basic – **$360** • Stanislaus County Enhanced – **$290** 請參閱本醫療福利表的「門診病人醫院觀察」一節，以瞭解適用於觀察服務的成本分擔。
• 由醫院收費的化驗和診斷性檢查	**$0**
• 由醫院收費的X光檢查和其他放射科服務	**X光檢查和超音波檢查** 依您所入保的計劃而定，您每次所需支付的費用如下： • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$10** • Alameda County Basic – **$20** • Contra Costa County Basic – **$20** • Contra Costa County Enhanced – **$0** • Greater Fresno Area Basic – **$20** • Greater Fresno Area Enhanced – **$0** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$30**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	• Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$15** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$10** • Marin County Basic – **$25** • San Francisco County Basic – **$30** • San Joaquin County Basic – **$20** • San Joaquin County Enhanced – **$0** • San Mateo County Basic – **$20** • Santa Clara County Basic – **$20** • Santa Clara County Enhanced – **$0** • Santa Cruz County – **$0** • Solano County Basic – **$20** • Solano County Enhanced – **$0** • Stanislaus County Basic – **$20** • Stanislaus County Enhanced – **$0** **磁共振造影 (MRI)、電腦斷層造影 (CT) 和正子斷層造影 (PET)** 視您所入保的計劃而定，針對磁共振造影 (MRI)、電腦斷層造影 (CT) 和正子斷層造影 (PET)，您每項程序所需支付的費用如下： • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$300** • Alameda County Basic – **$300** • Contra Costa County Basic – **$300**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	• Contra Costa County Enhanced – **$300** • Greater Fresno Area Basic – **$300** • Greater Fresno Area Enhanced – **$300** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$300** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced - **$300** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$300** • Marin County Basic – **$285** • San Francisco County Basic – **$300** • San Joaquin County Basic – **$300** • San Joaquin County Enhanced – **$300** • San Mateo County Basic – **$300** • Santa Clara County Basic – **$300** • Santa Clara County Enhanced – **$300** • Santa Cruz County – **$300** • Solano County Basic – **$300** • Solano County Enhanced – **$300** • Stanislaus County Basic – **$300** • Stanislaus County Enhanced – **$300**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
• 精神健康護理，包括部分住院計劃中的醫療護理，但條件是醫生必須證明若沒有此項醫療護理，您將需要接受住院治療	部分住院**$0**
• †醫療用品，如夾板和石膏模	**$0**
• 部分您無法自行施用的藥物和生物製劑	當Medicare B部分藥物需由醫療人員進行施用或觀察，且該藥物是由網絡保健業者為您施用時，您需支付**0%**或**20%共保額**。請打電話給會員服務部，以瞭解哪些藥物是以**20%的共保額**提供。 有些藥物如果確定超過通貨膨脹金額，可能會低於20%。
• 針對在網絡設施進行的牙科診療，如果下列所有陳述均屬實，我們將會提供全身麻醉以及和麻醉相關的設施服務： o 您患有發展障礙或您的健康狀況不佳。 o 由於您的臨床狀況或基礎疾病，該牙科診療必須在醫院或門診手術中心進行。 o 牙科診療通常不需要進行全身麻醉。 我們不承保與牙科診療相關的其他任何服務（如由牙科醫生所提供的服務），除非該服務根據聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 準則屬於承保範圍，或您入保Advantage Plus且該服務屬於DeltaCare的承保範圍，詳情如本章第2.1節所述。	請參閱本節開頭所列的「門診手術」，以瞭解適用於門診醫院設施收費的成本分擔。
註：除非保健業者開立醫囑讓您以住院病人的身分入院，否則您仍屬於門診病人且需支付門診醫院服務的成本分擔額。即使您在醫院過夜，您仍可能會被視為是門診患者。若您不確定自己是否為門診病人，請詢問醫院的工作人員。	

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
門診患者精神健康護理 承保服務包括： 由具有州政府執照的精神科醫生或醫生、臨床心理醫生、臨床社工 (CSW)、臨床專科護士 (CNS)、持照專業顧問 (LPC)、持照婚姻和家庭治療師 (LMFT)、護理師 (NP)、醫生助理 (PA) 或適用州法律允許且符合聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 資格的其他精神健康護理專業人員提供的精神健康服務。	**$0**
門診復健服務† 承保服務包括物理治療、職能治療及言語語言治療。 門診復健服務可在各種門診場所提供，例如醫院門診部、獨立治療師診所以及綜合門診復健設施 (CORF)。	依您所入保的計劃而定，您每次就診所需支付的費用如下： **個人治療就診** • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$10** • Alameda County Basic – **$25** • Contra Costa County Basic – **$25** • Contra Costa County Enhanced – **$10** • Greater Fresno Area Basic – **$25** • Greater Fresno Area Enhanced – **$10** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$25** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$15** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$10** • Marin County Basic – **$25** • San Francisco County Basic – **$25** • San Joaquin County Basic – **$20**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	• San Joaquin County Enhanced – **$10** • San Mateo County Basic – **$25** • Santa Clara County Basic – **$25** • Santa Clara County Enhanced – **$10** • Santa Cruz County – **$25** • Solano County Basic – **$30** • Solano County Enhanced – **$10** • Stanislaus County Basic – **$20** • Stanislaus County Enhanced – **$10** 小組治療就診 • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$5** • Alameda County Basic – **$12** • Contra Costa County Basic – **$12** • Contra Costa County Enhanced – **$5** • Greater Fresno Area Basic – **$12** • Greater Fresno Area Enhanced – **$5** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$12** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced - **$7** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$5** • Marin County Basic – **$12** • San Francisco County Basic – **$12** • San Joaquin County Basic – **$10**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	• San Joaquin County Enhanced – **$5** • San Mateo County Basic – **$12** • Santa Clara County Basic – **$12** • Santa Clara County Enhanced – **$5** • Santa Cruz County – **$12** • Solano County Basic – **$15** • Solano County Enhanced – **$5** • Stanislaus County Basic – **$10** • Stanislaus County Enhanced – **$5**
• 由組織完善、多專業的復健日間治療計劃提供的物理治療、職能治療及言語治療。	依您所入保的計劃而定，您每天所需支付的費用如下： • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$10** • Alameda County Basic – **$25** • Contra Costa County Basic – **$25** • Contra Costa County Enhanced – **$10** • Greater Fresno Area Basic – **$25** • Greater Fresno Area Enhanced – **$10** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$25** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$15** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$10** • Marin County Basic – **$25** • San Francisco County Basic – **$25**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	• San Joaquin County Basic – **$20** • San Joaquin County Enhanced – **$10** • San Mateo County Basic – **$25** • Santa Clara County Basic – **$25** • Santa Clara County Enhanced – **$10** • Santa Cruz County – **$25** • Solano County Basic – **$30** • Solano County Enhanced – **$10** • Stanislaus County Basic – **$20** • Stanislaus County Enhanced – **$10**
• 由醫生開立醫囑，為有跌倒風險的成人提供預防跌倒的物理治療	**$0**
藥物濫用障礙門診服務 我們承保下列治療藥物濫用的服務： • 日間治療計劃。 • 密集門診計劃。 • 由合格的臨床醫護人員（包括持照婚姻和家庭治療師 [LMFT]）提供的小組和個人藥物濫用障礙諮詢。 • 脫癮症狀的治療。	**$0**
門診手術，包括在醫院門診設施和門診手術中心所提供的服務 **註：**如果您在醫院設施接受外科手術，您應向保健業者確認您將屬於住院病人還是門診病人。除非您持有保健業者開的醫囑，讓您以住院病人的身份入院，否則您仍屬於門診病人，且需支付門診手術的成本分擔額。即使您在醫院過夜，您仍可能會被視為是門診患者。	**保健業者診所就診** **您需為**每次**基本護理就診支付$0**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	依您所入保的計劃而定，您每次**專科醫護就診**所需支付的費用如下： • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$15** • Alameda County Basic – **$30** • Contra Costa County Basic – **$30** • Contra Costa County Enhanced – **$15** • Greater Fresno Area Basic – **$30** • Greater Fresno Area Enhanced – **$15** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$30** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$15** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$15** • Marin County Basic – **$30** • San Francisco County Basic – **$30** • San Joaquin County Basic – **$20** • San Joaquin County Enhanced – **$10** • San Mateo County Basic – **$30** • Santa Clara County Basic – **$30** • Santa Clara County Enhanced – **$20** • Santa Cruz County – **$25** • Solano County Basic – **$30** • Solano County Enhanced – **$15** • Stanislaus County Basic – **$20**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	• Stanislaus County Enhanced – **$10** **門診手術和其他診療** 依您所入保的計劃而定，當診療在門診或門診手術中心或醫院手術室提供，或在任何場所提供且在您使用用於降低知覺或減輕不適的藥物之後恢復知覺時有持照工作人員替您監控生命體徵時，您為每項診療所需支付的費用如下： • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$350** • Alameda County Basic – **$400** • Contra Costa County Basic – **$410** • Contra Costa County Enhanced – **$310** • Greater Fresno Area Basic – **$380** • Greater Fresno Area Enhanced – **$260** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$450** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$360** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$310** • Marin County Basic – **$400** • San Francisco County Basic – **$400**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	• San Joaquin County Basic – **$380** • San Joaquin County Enhanced – **$250** • San Mateo County Basic – **$400** • Santa Clara County Basic – **$410** • Santa Clara County Enhanced – **$350** • Santa Cruz County – **$400** • Solano County Basic – **$440** • Solano County Enhanced – **$340** • Stanislaus County Basic – **$360** • Stanislaus County Enhanced – **$290**
作為尼古丁替代療法的非處方 (OTC) 產品 我們承保某些獲得食品及藥物管理署 (FDA) 批准可供非處方使用的尼古丁替代療法。這些用品必須由網絡保健業者開醫囑並透過網絡藥房取得。我們最多將會提供100天藥量，每個日曆年度兩次。	**$0**
部分住院服務及密集門診服務 部分住院是一項有組織並以醫院門診服務形式或由社區精神健康中心所提供的積極精神科治療計劃，此類治療比您在醫生、治療師、持照婚姻和家庭治療師 (LMFT) 或持照專業顧問的診所接受的醫護服務更加密集且是住院的替代方案。	**$0**
密集門診服務是一項有組織並由醫院門診部、社區精神健康中心、聯邦合格健康中心或鄉村健康診所提供的積極行為（精神）健康治療計劃，此類治療比您在醫生、治療師、持照婚姻和家庭治療師 (LMFT) 或持照專業顧問的診所接受的醫護服務更加密集，但密集度不如部分住院。	**$0**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
醫生／執業人員服務，包括醫生診所就診 承保服務包括： • 您在醫生診所、獲認證的門診手術中心、醫院門診部或任何其他場所接受的醫療上必要的醫療護理或外科手術服務 • 由專科醫生所提供的諮詢、診斷和治療 • 由網絡保健業者所進行的基本聽力和平衡感檢查，但條件是您的醫生是為了確認您是否需要接受醫學治療而安排此檢查 • 在進行外科手術之前由其他網絡保健業者提供的另方意見 • 網絡醫生（或是具備註冊護士身分的網絡保健業者）在本計劃的服務區內進行的家訪，前提是網絡保健業者判定在您家中為您提供醫護服務對您最為有利。 • 術前及術後就診。	保健業者診所就診 您需為每次**基本護理就診**支付**$0** 依您所入保的計劃而定，您每次**專科醫護就診**所需支付的費用如下： • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$15** • Alameda County Basic – **$30** • Contra Costa County Basic – **$30** • Contra Costa County Enhanced – **$15** • Greater Fresno Area Basic – **$30** • Greater Fresno Area Enhanced – **$15** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$30** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$15** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$15** • Marin County Basic – **$30** • San Francisco County Basic – **$30** • San Joaquin County Basic – **$20** • San Joaquin County Enhanced – **$10** • San Mateo County Basic – **$30** • Santa Clara County Basic – **$30** • Santa Clara County Enhanced – **$20**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	• Santa Cruz County – **$25** • Solano County Basic – **$30** • Solano County Enhanced – **$15** • Stanislaus County Basic – **$20** • Stanislaus County Enhanced – **$10** **門診手術** 視您所入保的計劃而定，當診療在門診或門診手術中心或醫院手術室提供，或在任何場所提供且在您使用用於降低知覺或減輕不適的藥物之後恢復知覺時有持照工作人員替您監控生命體徵時，您為每項診療所需支付的費用如下： • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$350** • Alameda County Basic – **$400** • Contra Costa County Basic – **$410** • Contra Costa County Enhanced – **$310** • Greater Fresno Area Basic – **$380** • Greater Fresno Area Enhanced – **$260** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$450** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$360** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$310**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	• Marin County Basic – **$400** • San Francisco County Basic – **$400** • San Joaquin County Basic – **$380** • San Joaquin County Enhanced – **$250** • San Mateo County Basic – **$400** • Santa Clara County Basic – **$410** • Santa Clara County Enhanced – **$350** • Santa Cruz County – **$400** • Solano County Basic – **$440** • Solano County Enhanced – **$340** • Stanislaus County Basic – **$360** • Stanislaus County Enhanced – **$290**
• 過敏注射就診	**$0**
• 某些遠距保健服務，包括：基本和專科醫護，其中包括住院病人醫院服務、專業護理院服務、心臟復健服務、肺部復健服務、急診服務、緊急需求服務、部分住院、密集門診計劃服務、居家健康服務、職能治療服務、精神健康、足科、精神科服務、物理治療和言語語言病理學服務、阿片類藥物治療計劃服務、門診X光檢查服務、門診醫院服務、觀察服務、門診藥物濫用治療、腎透析服務、營養／飲食服務、健康教育、腎臟病教育服務、糖尿病自我管理訓練和聽力檢查、手術或住院準備，以及住院、手術或急診部就診後的跟進就診。唯有在網絡保健業者認定遠距保健在臨床上適當時，才會以遠距保健的方式提供服務	**$0**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
• 您可選擇親自就診或透過遠距保健方式接受這些服務。如果您選擇透過遠距保健方式接受上述其中一項服務，則您必須使用目前有透過遠距保健方式提供服務的網絡保健業者。我們提供下列遠距保健方式： o 經由網絡保健業者認定，能夠以互動式視訊就診的方式提供的專業醫護服務 o 經由網絡保健業者認定，能夠以預定電話約診的方式提供的專業醫護服務 • 為居家腎透析會員提供的遠距保健服務，用於在醫院或鄉村小型醫院附設的腎透析中心、腎透析設施或會員家中進行每月的末期腎病相關就診 • 旨在診斷、評估或治療中風症狀的遠距保健服務，無論您所在位置為何 • 為患有藥物濫用障礙或同時發生精神健康障礙的會員提供的遠距保健服務，無論其所在位置為何 • 精神健康障礙診斷、評估和治療的遠距醫療服務 • 由鄉村健康診所和聯邦合格健康中心提供的精神健康就診遠距保健服務 • 和您的醫生進行5至10分鐘的虛擬健康諮詢（例如，透過電話或視訊聊天的方式），但需符合以下情況： o 您並非新患者，**而且** o 此健康諮詢和過去7天內至診所就診的情況無關，**而且** o 此次健康諮詢不會導致您必須在24小時內或在可取得的最早預約時間前往診所就診 • 評估您傳送給醫生的影片和／或影像，以及醫生在24小時內進行的解讀和跟進，**但需符合以下條件**： o 您並非新患者，**而且** o 此評估和過去7天內至診所就診的情況無關，**而且**	

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
○ 此評估不會導致您必須在24小時內或在可取得的最早預約時間前往診所就診 • 您的醫生透過電話、網際網絡或電子健康記錄與其他醫生進行的諮詢 • 紫外線治療	
足科服務 承保服務包括： • 足部傷害和疾病（如棒槌趾或足跟骨刺）的診斷以及醫療或外科手術治療 • 針對患有會影響下肢之某些疾病的會員所提供的例行足保健	**診所就診** 依您所入保的計劃而定，您每次專科醫護就診所需支付的費用如下： • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$15** • Alameda County Basic – **$30** • Contra Costa County Basic – **$30** • Contra Costa County Enhanced – **$15** • Greater Fresno Area Basic – **$30** • Greater Fresno Area Enhanced – **$15** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$30** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$15** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$15** • Marin County Basic – **$30** • San Francisco County Basic – **$30** • San Joaquin County Basic – **$20** • San Joaquin County Enhanced – **$10** • San Mateo County Basic – **$30**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	• Santa Clara County Basic – **$30** • Santa Clara County Enhanced – **$20** • Santa Cruz County – **$25** • Solano County Basic – **$30** • Solano County Enhanced – **$15** • Stanislaus County Basic – **$20** • Stanislaus County Enhanced – **$10** **門診手術** 視您所入保的計劃而定，當診療在門診或門診手術中心或醫院手術室提供，或在任何場所提供且在您使用用於降低知覺或減輕不適的藥物之後恢復知覺時有持照工作人員替您監控生命體徵時，您為每項診療所需支付的費用如下： • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$350** • Alameda County Basic – **$400** • Contra Costa County Basic – **$410** • Contra Costa County Enhanced – **$310** • Greater Fresno Area Basic – **$380** • Greater Fresno Area Enhanced – **$260** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$450**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	• Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$360** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$310** • Marin County Basic – **$400** • San Francisco County Basic – **$400** • San Joaquin County Basic – **$380** • San Joaquin County Enhanced – **$250** • San Mateo County Basic – **$400** • Santa Clara County Basic – **$410** • Santa Clara County Enhanced – **$350** • Santa Cruz County – **$400** • Solano County Basic – **$440** • Solano County Enhanced – **$340** • Stanislaus County Basic – **$360** • Stanislaus County Enhanced – **$290**
預防愛滋病毒 (HIV) 的暴露前預防措施 (PrEP) 如果您沒有感染愛滋病毒 (HIV)，但您的醫生或其他保健執業人員確定您感染HIV的風險較高，我們將承保暴露前預防措施 (pre-exposure prophylaxis, PrEP) 藥物和相關服務。 如果您符合資格，承保服務包括： • 獲得食品及藥物管理署 (FDA) 批准的口服或注射型暴露前預防措施 (PrEP) 藥物，包括注射藥物的費用（如適用）	您無需為暴露前預防措施 (PrEP) 福利支付任何共保額、共付額或免賠額。

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
• 每12個月最多進行8次個人諮詢（包括愛滋病毒 [HIV] 風險評估、愛滋病毒 [HIV] 風險降低和藥物依從性） • 每12個月最多8次愛滋病毒 (HIV) 篩檢 • 一次乙型肝炎病毒篩檢	
攝護腺癌篩檢檢查 針對年滿50歲及50歲以上的男性，承保服務包括下列項目，限每12個月一次： • 肛門指診 • 攝護腺特異抗原 (PSA) 檢查	您無需為年度肛門指診或攝護腺特異抗原 (PSA) 檢查支付任何共保額、共付額或免賠額。
假體和矯形裝置和相關用品† 取代全部或部分身體部位或身體機能的裝置（牙科除外）。這些裝置包括但不限於假體和矯形裝置的測試、適配或使用訓練；以及與結腸造口術護理直接相關的結腸造口袋與用品、起搏器、支架、義肢鞋、義肢和乳房假體（包括全乳房切除手術後的手術胸罩）。包括與假體及矯形裝置相關的某些用品，以及假體及矯形裝置的維修和／或更換。也包括摘除白內障或白內障手術後的部分承保 – 請參閱本表後面的「視力保健」部分以瞭解進一步詳情。 我們也承保不屬於聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保範圍的項目： • 門診就診時提供的某些術後使用醫療靴。 • 用於性功能障礙的真空勃起裝置。 • 傷口護理醫療上所必需的某些皮膚保護膜、保護劑、保濕劑、軟膏。	• 外部假肢或矯形裝置和用品（包括傷口護理用品），以及在門診就診期間提供的術後醫療靴需**20%共保額**。 • 透過手術植入的內部裝置需**$0**。
肺部復健服務 患有中度至非常嚴重慢性阻塞性肺部疾病 (COPD) 的會員若持有為其治療慢性呼吸疾病的醫生所提供的肺部復健醫囑，則其肺部復健綜合計劃將可獲得承保。	**$0**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
藥物濫用障礙和精神健康住院治療 我們承保下列服務，但條件是該服務必須在提供24小時個人化藥物濫用障礙或精神健康治療的執照住院治療設施提供，且該服務一般且通常是透過藥物濫用障礙或精神健康住院治療計劃並在持照住院治療設施提供，同時該服務超過監督護理的等級： • 個人和團體諮詢。 • 醫療服務。 • 藥物監控。 • 食宿。 • 由網絡保健業者根據我們《承付藥物手冊準則》在住院治療設施內按照您的醫護計劃所開立的藥物，但條件是該藥物必須由醫療人員在設施內為您施用。 • 出院規劃。 若由網絡保健業者開處方，在我們住院治療計劃中治療精神健康疾病和藥物濫用時，醫療上必要的治療天數沒有限制。	每次住院**$100**
減少酒精濫用的篩檢與諮詢 我們為有酒精濫用問題但無酒精依賴性的成人（包括孕婦）承保一次酒精濫用篩檢服務。 如果您的酒精濫用篩檢結果呈陽性，您每年最多可獲得4次由合格基本保健醫生或執業人員在基本護理場所提供的簡短面對面諮詢服務（但條件是您有行為能力且在諮詢期間能夠保持清醒）。	您無需為屬於聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保範圍且旨在減少酒精濫用的預防性篩檢與諮詢福利支付任何共保額、共付額或免賠額。
肺癌低劑量電腦斷層造影 (LDCT) 篩檢 針對符合資格的人士，每12個月承保一次低劑量電腦斷層造影 (LDCT)。	您無需為屬於聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保範圍的諮詢和共同決策就診，或為低劑量電腦斷層造影 (LDCT) 支付任何共保額、共付額或免賠額。

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
符合資格的會員包括年齡介於50-77歲，沒有肺癌徵兆或症狀，有至少20包年的吸煙史，且目前有吸煙或已在最近15年內戒煙，在肺癌篩檢諮詢與共同決策就診（該就診符合聯邦醫療保險計劃 [Medicare] 對此類就診所設定的標準）期間取得低劑量電腦斷層造影 (LDCT) 醫囑，且該就診由醫生或合格的非醫生執業人員提供。 針對在首次低劑量電腦斷層造影 (LDCT) 篩檢之後所進行的低劑量電腦斷層造影 (LDCT) 肺癌篩檢：會員必須獲得低劑量電腦斷層造影 (LDCT) 肺癌篩檢的醫囑，該醫囑可在任何適當就診期間由醫生或合格的非醫生執業人員提供。如果醫生或合格的非醫生執業人員選擇為後續的低劑量電腦斷層造影 (LDCT) 肺癌篩檢提供肺癌篩檢諮詢及共同決策就診，該就診必須符合聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 對此類就診所設定的標準。	
丙型肝炎病毒感染篩檢 如果您的基本保健醫生或其他合格的保健業者安排一次丙型肝炎篩檢，並且您符合以下條件之一，我們將承保一次丙型肝炎篩檢： • 您因目前或過去曾使用非法注射藥物而屬於高風險族群。 • 您在1992年之前曾接受過輸血。 • 您出生於1945-1965年之間。 如果您出生於1945-1965年之間且不屬於高風險人士，我們將承保一次篩檢。如果您屬於高風險族群（例如，自上次丙型肝炎篩檢測試結果呈陰性以來，您一直繼續使用非法注射藥物），我們將每年承保一次篩檢。	您無需為屬於聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保範圍的丙型肝炎病毒篩檢支付任何共保額、共付額或免賠額。

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
性傳染病感染 (STI) 篩檢及性傳染病感染 (STI) 預防諮詢 我們承保披衣菌、淋病、梅毒及乙型肝炎等性傳染病感染 (STI) 篩檢。我們為孕婦以及部分屬於性傳染病感染 (STI) 高風險族群的人士承保這些篩檢，但條件是這些檢驗必須由基本保健業者開醫囑。我們每12個月承保一次這些檢驗，或在懷孕期間的特定時間承保這些檢驗。 我們每年還為有性行為且屬於性傳染病感染 (STI) 高風險族群的成人承保最多2次20至30分鐘面對面高強度個人行為諮詢。只有當這些諮詢服務由基本保健業者提供，並在基本護理場所（例如醫生診所）進行時，我們才會將其列為預防性服務予以承保。	您無需為屬於聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保範圍的性傳染病感染 (STI) 篩檢及性傳染病感染 (STI) 預防諮詢福利支付任何共保額、共付額或免賠額。
腎臟病治療服務 腎臟病和腎透析服務包括： • 腎臟病教育服務，該服務的目的在教導腎臟護理並幫助會員在充分瞭解資訊的情況下針對自己的醫護服務作出決定。	**$0**
• 自我腎透析訓練（包括針對您以及幫助您進行居家腎透析治療的任何人所提供的訓練）。 • 某些居家支援服務（例如在必要時，由受過訓練的腎透析工作人員至您家中確認您的居家腎透析狀況，以針對緊急情況提供幫助並檢查腎透析設備和供水情況）。 • 用於監控腎透析療效的例行化驗。 • 每個月由腎臟科團隊進行的一次例行診所就診。 • 當符合某些條件時，在醫院門診環境中進行的血管通路及腹膜通路相關診療。	**$0**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
• †居家腎透析設備和用品。 • 門診腎透析治療（如第3章所述，包含因暫時在服務區外的腎透析治療，或者當提供此服務的保健業者暫時無法提供服務或無法取得聯繫的情況）。	**20%共保額**
• 由腎臟科團隊所進行的非例行診所就診。 • 在診所進行的血管通路及腹膜通路相關診療。	您需為每次**基本護理就診**支付**$0** 依您所入保的計劃而定，您每次**專科醫護就診**所需支付的費用如下： • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$15** • Alameda County Basic – **$30** • Contra Costa County Basic – **$30** • Contra Costa County Enhanced – **$15** • Greater Fresno Area Basic – **$30** • Greater Fresno Area Enhanced – **$15** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$30** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$15** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$15** • Marin County Basic – **$30** • San Francisco County Basic – **$30** • San Joaquin County Basic – **$20** • San Joaquin County Enhanced – **$10** • San Mateo County Basic – **$30**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	• Santa Clara County Basic – **$30** • Santa Clara County Enhanced – **$20** • Santa Cruz County – **$25** • Solano County Basic – **$30** • Solano County Enhanced – **$15** • Stanislaus County Basic – **$20** • Stanislaus County Enhanced – **$10**
• 住院病人腎透析治療（若您以住院病人身分入院接受特別醫護服務）。	在住院期間所接受的服務無需額外費用。請參閱本醫療福利表的「住院醫療護理」一節，以瞭解適用於住院的成本分擔。
某些腎透析藥物可依據Medicare B部分獲得承保。如需有關Medicare計劃B部分藥物承保範圍的資訊，請參閱此表中的**Medicare B部分藥物**。	
專業護理院(SNF)醫療護理 （有關專業護理院醫療護理的定義，請參閱第12章。專業護理院有時又稱為SNF。） 根據聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 準則，我們每個福利有效期最多承保100天在專業護理院所提供的專業住院病人服務（無需先住院）。承保服務包括但不限於： • 雙人病房（如為醫療上必要的情況，則提供單人病房） • 膳食，包含特殊飲食 • 專業護理服務 • 物理治療、職能治療及言語治療 • 按照我們的醫護計劃所施用的藥物（其中包括自然存在於人體內的物質，例如血栓因子） • 血液 — 包括儲存和管理	您在每個福利期需支付的金額如下： • 第1-20天，每天**$0**。 • 第21-100天，每天**$221**。 福利有效期是從您前往屬於聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保範圍之住院醫院或專業護理院 (SNF) 的第一天開始計算。當您未在任何醫院或專業護理院 (SNF) 住院連續達60個日曆日時，福利有效期即終止。 **註：**如果您的福利有效期在2027年開始並且直到2028年的某個時候才結束，則2027年的成本分擔將持續有效直到福利有效期結束為止。

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
• 專業護理院 (SNF) 通常提供的醫療和外科手術用品 • 專業護理院 (SNF) 通常提供的化驗 • 專業護理院 (SNF) 通常提供的X光檢查和其他放射科服務 • 使用專業護理院 (SNF) 通常提供的器材，如輪椅 • 醫生／執業人員服務 一般而言，您將透過網絡設施取得專業護理院 (SNF) 醫護服務。在下列某些情況下，如果非網絡保健業者的設施接受本計劃的付款金額，則您可能可以在使用該設施時支付網絡內成本分擔。 • 您在入院前所住的護理院或持續護理退休社區（只要該機構提供專業護理院醫療護理） • 您出院時您的配偶或同居伴侶所住的專業護理院 (SNF)	
戒菸及戒除菸草使用（戒菸或戒除菸草使用諮詢） 符合以下條件的門診和住院患者可享有戒菸及戒除菸草使用諮詢： • 使用菸草者，不論是否已出現與菸草使用相關疾病的徵兆或症狀 • 在諮詢過程中具有行為能力且意識清楚 • 由合格的醫生或其他經聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 認證的執業人員提供諮詢 我們每年承保2次戒煙療程（每次療程可能最多包含4次中級或密集諮詢，患者每年最多可獲得8次諮詢）。	您無需為屬於聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保範圍的戒煙和戒除菸草使用預防性福利支付任何共保額、共付額或免賠額。

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
監督運動治療(SET) 會員若有周邊動脈疾病 (PAD) 的症狀且經由負責周邊動脈疾病 (PAD) 治療的醫生進行周邊動脈疾病 (PAD) 轉診，則監督運動治療 (SET) 即屬於承保範圍。 如果符合監督運動治療 (SET) 計劃的規定，每12週期間最多承保36次治療。 監督運動治療 (SET) 計劃必須： • 由持續30-60分鐘不等的療程組成，這些療程包含針對跛行的周邊動脈疾病 (PAD) 患者所提供的治療性運動訓練計劃 • 在醫院門診設施或醫生診所進行 • 由符合資格且受過周邊動脈疾病 (PAD) 運動治療訓練的醫療輔助人員提供，以確保益處大於傷害 • 需受醫生、醫生助理 (PA) 或護理師 (NP)／臨床專科護士 (CNS) 的直接監督，這些人員必須受過基本和進階維生技能的訓練 若由保健業者認定為是醫療上必要的服務，則在12週期間承保36次療程之外還可於延長期間內額外承保另外36次監督運動治療 (SET)。	**$0**
患者轉送服務 – 聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 不承保的非急診醫療患者轉送服務* 由網絡保健業者開醫囑後，本計劃承保醫療上必要的非急診醫療患者轉送服務，包括由持照擔架／輪床或輪椅接送車轉送至住家（必須在100英里範圍內）、專業護理院，或在下列情況後立即轉送至提供較高層級醫護服務的設施： • 接收患者住院，或 • 特定急診、緊急醫護或門診醫院就診。	**$0**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
緊急服務需求 需要即刻就醫的計劃承保服務是指不屬於急診的緊急需求服務，適用於您暫時位於本計劃服務區外；或即使您位於本計劃服務區內，考量您的時間、所在地點及當時狀況，向網絡保健業者取得該項服務並不合理的情況。本計劃必須承保緊急需求服務，並且僅向您收取網絡內成本分擔。緊急需求服務的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害或現有狀況的意外突發。即使您位於本計劃服務區外，或本計劃的網絡暫時無法提供服務，醫療上必要的例行保健業者看診（例如年度健康檢查）仍不屬於緊急需求服務。 • **服務區內：**除非由於異常或特殊情況（如重大災難）而暫時無法取得或無法使用保健業者網絡服務，否則您必須經由網絡保健業者取得緊急醫護。 • **服務區外：**當您在旅行時，如果您因突發疾病或受傷而需要立即接受醫療服務且您合理認為如果延遲至您返回服務區再接受治療，您的健康將會嚴重惡化，則您將可享有全球緊急醫護保險。 **請參閱第3章第3節以瞭解詳情。**	診所就診 **$0** 急診部就診 依您所入保的計劃而定，您每次就診所需支付的費用如下： • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$150** • Alameda County Basic – **$130** • Contra Costa County Basic – **$130** • Contra Costa County Enhanced – **$150** • Greater Fresno Area Basic – **$130** • Greater Fresno Area Enhanced – **$150** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$130** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$150** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$150** • Marin County Basic – **$130** • San Francisco County Basic – **$130** • San Joaquin County Basic – **$150** • San Joaquin County Enhanced – **$150** • San Mateo County Basic – **$130**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	• Santa Clara County Basic – **$130** • Santa Clara County Enhanced – **$150** • Santa Cruz County – **$130** • Solano County Basic – **$130** • Solano County Enhanced – **$150** • Stanislaus County Basic – **$130** • Stanislaus County Enhanced – **$150**
視力保健 承保服務包括： • 診斷和治療眼部疾病和傷害的門診醫生服務，包括老年性黃斑部退化治療。	您每次**驗光師看診**需支付**$0** 依您所入保的計劃而定，您每次**眼科醫生看診**所需支付的費用如下： • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced – **$15** • Alameda County Basic – **$30** • Contra Costa County Basic – **$30** • Contra Costa County Enhanced – **$15** • Greater Fresno Area Basic – **$30** • Greater Fresno Area Enhanced – **$15** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic – **$30** • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced – **$15** • Marin and San Mateo Counties Enhanced – **$15** • Marin County Basic – **$30**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
	• San Francisco County Basic – **$30** • San Joaquin County Basic – **$20** • San Joaquin County Enhanced – **$10** • San Mateo County Basic – **$30** • Santa Clara County Basic – **$30** • Santa Clara County Enhanced – **$20** • Santa Cruz County – **$25** • Solano County Basic – **$30** • Solano County Enhanced – **$15** • Stanislaus County Basic – **$20** • Stanislaus County Enhanced – **$10**
• Original Medicare不承保配眼鏡／隱形眼鏡所需的例行眼科檢查（眼部屈光）。然而，本計劃承保下列檢查： ○ 判定是否需要視力矯正和提供眼鏡鏡片處方所需的例行眼科檢查（眼部屈光檢查）。	**$0**
• 視野檢查。	**$0**
• 針對青光眼的高風險族群，我們每年承保一次青光眼篩檢。青光眼的高危險群包括有青光眼家族病史的人士、糖尿病患者、年滿50歲及50歲以上的非裔美國人以及年滿65歲或65歲以上的西語裔美國人。 • 針對糖尿病患者，糖尿病視網膜病變篩檢和監控屬於承保範圍。	**$0**

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

承保服務	您需支付的費用
• 每次接受包含人工水晶體植入手術的白內障手術後，可獲承保一副眼鏡或隱形鏡片（包括驗配及配發）。如果您分別動了2次白內障手術，則無法在第一次手術後保留福利並在第二次手術後購買2付眼鏡。 • 在摘除白內障之後且未植入晶狀體的情況下所需的矯正鏡片／鏡框（及替換）。	根據聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 準則所提供的矯正鏡為**$0**。 ***註：**如果您所購買的矯正鏡費用超過聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的承保範圍，您將需支付差額。
• **特殊隱形鏡片：**當由網絡醫生或驗光師開處方並從網絡設施或網絡眼鏡銷售處取得時，我們承保以下特殊隱形鏡片： ○ 對於無虹膜症（虹膜缺失），在任12個月內每隻眼睛最多可承保兩個醫療上必要的隱形鏡片（包括驗配及配發）。 ○ 根據聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 準則，我們為無晶狀體的會員（例如，已摘除白內障但未植入人工晶狀體 [IOL] 或先天性無晶狀體者）提供矯正鏡片（包括隱形鏡片的配驗及配發）和鏡框（及替換）。	**$0**
「歡迎加入聯邦醫療保險計劃 (Medicare)」預防性就診 本計劃承保一次性「歡迎加入聯邦醫療保險計劃 (Medicare)」預防性就診。此就診包括檢視您的健康狀況以及有關您所需之預防性服務的教育和諮詢（包括某些篩檢和注射[或疫苗]），還有其他醫護服務的轉診（如有需要）。 **重要事項：**我們僅會在您享有Medicare B部分的前12個月內承保「歡迎加入聯邦醫療保險計劃 (Medicare)」預防性就診。當您安排約診時，請告知您的醫生診所您想安排「歡迎加入聯邦醫療保險計劃 (Medicare)」預防性就診。	您無需為「歡迎加入聯邦醫療保險計劃 (Medicare)」預防性就診支付任何共保額、共付額或免賠額。

註：請參閱第1章第7節和第11章以瞭解有關適用於本醫療福利表中所述之所有承保服務的福利協調資訊。

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。
*這些服務或用品的成本分擔費用不會計入最高自付上限額。

第2.1節　您可購買的額外可選補充福利

本計劃提供部分不屬於Original Medicare承保範圍，且未包含在您福利組合中的額外福利。這些額外福利稱為**「可選補充福利」**。如果您想獲得這些可選補充福利，您必須註冊且您可能必須為這些福利支付額外保費。如果您沒有支付額外保費，則該項福利可能會被終止。本節所述的可選補充福利需遵守與任何其他福利相同的上訴程序。

本計劃所提供的可選補充福利組合稱為「Advantage Plus」。如果您入保Advantage Plus，您將僅可享有本節所述的牙科、助聽器及矯正鏡福利。請注意，您無法僅購買這些福利當中的其中一項；這些福利是以組合的形式一起提供，而非個別提供。

您何時可入保Advantage Plus

當您填寫Senior Advantage入保申請表時，您即可選擇入保Advantage Plus。如果您未在入保Senior Advantage時選擇Advantage Plus，您可在下列任一時間寄送填妥的Advantage Plus入保申請表給我們以入保Advantage Plus：

- 在10月15日至12月31日期間，承保將可於1月1日生效。
- 在1月1日至3月31日期間或入保Senior Advantage後的30天內。保險將會於我們收到您填妥之Advantage Plus入保申請表當日的下個月首日生效。

從Advantage Plus退保

您可隨時終止Advantage Plus承保。您的退保將會於我們收到您填妥的表格當日的下個月首日生效。任何超額支付的保費將會退還給您。請打電話向我們的會員服務部索取退保申請表。

如果您從Advantage Plus退保並在日後希望重新入保，請參閱上述「您何時可入保Advantage Plus」部分以瞭解您可以入保的時間。請謹記，由於助聽器是每36個月提供一次而矯正鏡是每24個月提供一次，因此助聽器和矯正鏡福利將不會在您重新入保時重新開始計算。

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	**您必須支付的費用***
額外月保費 額外月保費將加計至您的Senior Advantage計劃保費中（請參閱第1章的第4.3節以瞭解更多保費資訊）。	**$17**

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
矯正鏡承保範圍 • 我們每24個月提供一次**$300**的承保額，供您用於購買由本計劃驗光設施提供的矯正鏡，但條件是醫生或驗光師有針對視力矯正為您開眼鏡或隱形鏡片的處方。承保額可用於支付下列項目： o 眼鏡鏡片，但條件是鏡片需由網絡保健業者裝入鏡框。 o 眼鏡鏡框，但條件是兩片鏡片（至少其中一片鏡片必須具有屈光度）需由網絡保健業者裝入鏡框。 o 隱形鏡片、配驗和配發。 • 如果我們在先前24個月期間已提供過鏡片或鏡框的承保額（或以其他方式承保），我們將不會再提供承保額。 • 如果您在首次購買時並未將承保額用完，您之後將無法再使用。 **註：**本承保額不適用於白內障手術後獲得的矯正鏡或用於治療無虹膜或無晶狀體的特殊隱形鏡片。 **註：**此矯正鏡福利於當前合約年度有效，明年可能無法使用。	如果您所購買的矯正鏡費用超過**$300，您將必須支付差額。**
替換鏡片：如果您在我們提供眼鏡鏡片或隱形鏡片承保額（或以其他方式承保）後，於首次購買眼鏡鏡片或隱形鏡片之日起12個月內，單眼或雙眼的處方度數變化至少達.50屈光度，我們將為處方度數變化達.50屈光度的那隻眼睛提供同類型替代用品（眼鏡鏡片或隱形鏡片、驗配及配發）購買價格的承保額。可用於購買上述任一類替換鏡片的承保額為單視眼鏡鏡片或隱形鏡片$30（包括驗配及配發）以及多焦點或晶體狀眼鏡鏡片$45。	如果您購買的單視鏡片費用超過$30的承保額，或者您購買的多焦點或晶體狀眼鏡鏡片費用超過$45，**您需支付超過承保額的金額。**

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
特殊隱形鏡片：對於其他隱形鏡片，如果這些隱形鏡片可以顯著改善您的視力，而這是眼鏡鏡片無法達成的，我們將在任24個月內，承保一副隱形鏡片（包括驗配及配發）或一次性隱形鏡片的初始供應（最長6個月，包括驗配及配發）。	**$0**
助聽器承保 若由網絡保健業者（臨床聽覺專家）開處方，我們承保下列助聽器服務： • **每側耳朵每個助聽器**承保額**$800**，您可將該承保額用於購買一個助聽器，每36個月一次。如果您需要兩個助聽器才能使聽力獲得大幅改善且該改善無法僅透過一個助聽器達成，我們將會為每側耳朵各承保一個助聽器。 • 每側耳朵的承保額在任36個月的期間內僅能使用一次。如果您在首次購買時未使用完所有承保額，則您日後將不得再使用。 • 我們選出了能夠提供承保助聽器的保健業者或供應商。承保範圍僅限這些保健業者或供應商所提供的助聽器類型和型號。 **注意：**此助聽器福利於當前合約年度有效，明年可能無法使用。	如果您所購買的助聽器費用超過**$800，您將需支付差額。**
• 助聽器評估和配戴調整。 • 確認助聽器符合處方規定的就診。 • 3年保固期間內的諮詢、調整、清潔及檢查就診。	**$0**
額外牙科護理 (DeltaCare® USA Dental HMO計劃) 我們透過我們與Delta Dental of California（以下簡稱「Delta Dental」）及其DeltaCare USA Medicare Plan簽訂的協議承保下述綜合性牙科護理，這些牙科護理透過與Delta Dental簽約提供牙科服務的牙科醫生網絡提供。如需有關牙科保健業者的資訊，請訪問**kp.org/dental/ca/medicare**以參閱DeltaCare USA Medicare網絡「Find a dentist」（找到牙科醫生）頁面，或參閱**kp.org/directory**上的*Dental Provider Directory*（牙科保健業者名錄）。	

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*

如欲使服務獲得承保，會員必須透過選定的DeltaCare USA Medicare牙科醫生取得牙科護理，但急診情況和有獲得Delta Dental專科醫護服務書面授權者除外。如果某牙科診療未列於下表，則該牙科診療即不屬於承保範圍。您應在接受服務前與您所選擇的牙科醫生討論所有治療選項。

您可使用線上帳戶或撥打**1-877-644-1774**與Delta Dental客戶服務部聯絡，以選擇牙科醫生或更換您已選擇的牙科醫生，服務時間為週一至週五，上午8:00至晚上8:00；從10月1日至隔年3月31日，服務時間為每週7天，上午8:00至晚上8:00（聽障及語障電話專線使用者請撥打**1-800-735-2929**）。在當月15日之前針對所選牙科醫生進行的變更將即刻生效。在當月16日或之後所進行的選擇將於下個月的第一天生效。

如欲進行約診：

- 請打電話給您所選擇的牙科醫生設施並表明您是DeltaCare USA Medicare計劃的會員。
- 您可訪問**kp.org/dental/ca/medicare**在線上進一步瞭解您所選擇的牙科醫生或選擇新的牙科醫生。

診斷性服務 (D0100-D0999)	
• D0364 - 錐狀射束電腦斷層造影 (CT) 影像擷取和解讀，有限的視野 - 小於完整顎骨範圍 每日曆年度一次（*D0364*、*D0365*、*D0366*或*D0367*）	**$66**
• D0365 - 錐狀射束電腦斷層造影 (CT) 影像擷取和解讀，視野涵蓋一個完整牙弓 – 下頜骨 每日曆年度一次（*D0364*、*D0365*、*D0366*或*D0367*）	**$76**
• D0366 - 錐狀射束電腦斷層造影 (CT) 影像擷取和解讀，視野涵蓋一個完整牙弓 – 下頜骨 每日曆年度一次（*D0364*、*D0365*、*D0366*或*D0367*）	**$76**
• D0367 - 錐狀射束電腦斷層造影 (CT) 影像擷取和解讀，視野涵蓋上下顎，可包含或沒有包含顱骨 每日曆年度一次（*D0364*、*D0365*、*D0366*或*D0367*）	**$105**

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
• D0391 - 與影像擷取無關的執業人員對診斷影像的解讀，包括報告 每日曆年度一次	**$26**
• D0419 - 透過測量進行唾液流量評估 每2個日曆年度一次	**$0**
• D0460 - 牙髓活性測試 每2個日曆年度一次	**$0**
• D0600 - 非游離輻射診斷程序，可量化、監測及記錄琺瑯質、牙本質和牙骨質的結構變化	**$0**
• D0601 - 齲齒風險評估和記錄，結果為低風險 每2個日曆年度一次*（D0601、D0602或D0603）*	**$0**
• D0602 - 齲齒風險評估和記錄，結果為中度風險 每2個日曆年度一次*（D0601、D0602或D0603）*	**$0**
• D0603 - 齲齒風險評估和記錄，結果為高風險 每2個日曆年度一次*（D0601、D0602或D0603）*	**$0**
• D0701 - 全口放射影像 – 僅限影像擷取	**$0**
• D0702 - 二維測顱放射影像 – 僅限影像擷取	**$0**
• D0703 - 二維口腔／顏面攝影影像，可透過口內或口外方式取得 – 僅限影像擷取	**$0**
• D0705 - 口外後牙放射影像 – 僅限影像擷取	**$0**
• D0706 - 口內 – 咬合放射影像 – 僅限影像擷取	**$0**
• D0707 - 口內 – 根尖周放射影像 – 僅限影像擷取	**$0**
• D0708：口內 - 咬翼放射影像 – 僅限影像擷取	**$0**
• D0709 - 口內 – 完整系列放射影像 – 僅限影像擷取	**$0**

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
預防性服務 (D1000-D1999)	
• D1310 - 為控制牙科疾病而提供的營養諮詢 每日曆年度一次	**$0**
• D1330 - 口腔衛生指導 每日曆年度一次	**$0**
修復性服務 (D2000-D2999) • 補牙如果是為了去除蛀蝕、輕微修復牙齒結構或更換缺失的充填物則屬於福利項目。 • 補牙包括拋光、所有黏合劑和黏著劑、間接覆髓術、牙基底、襯墊及牙面酸蝕處理程序。 • 更換補牙修復體需符合現有修復體已使用2年以上的條件。 • 補牙每個日曆年度最多限兩次診療（D2140、D2150、D2160、D2161、D2330、D2331、D2332、D2335、D2390、D2391、D2392、D2393或D2394的任何組合）。 • 移除間接修復體的費用已包含在後續任何修復診療的費用中。 • 當牙齒結構不足以支撐充填物或為了置換不具有功能性且無法修復的現有牙冠時，牙冠屬於福利項目。 • 更換牙冠及嵌體需符合現有修復體已使用5年以上的條件。 • 牙冠／嵌體每個日曆年度最多限兩次診療（D2542 - D2544、D2642 - D2644、D2710 - D2794的任何組合）。 • 牙基底或貴金屬屬於承保範圍。如果嵌體或以間接製作法製成的根柱和冠心是屬於高貴金屬製，則每顆牙齒最多將會額外收取$100的升級費用。 • 透過專業技術或材料製造並在實驗室處理或診所內處理的品牌牙冠／橋體屬於材料升級。除了所列的共付額外，牙科醫生可能還會收取不超過$150的額外費用。請參閱第3.1節的「牙科限制與除外項目」以瞭解其他資訊。 • 每5年每顆牙齒一次冠心製作 (D2950) 或根柱和冠心 (D2952, D2954)。這些服務包含在同一個服務日期進行的樹脂或汞合金修復費用中。 • 每顆牙齒每2個日曆年度限一次固位釘固位術 (D2951)，且需與樹脂或汞合金修復同時申報。如果單獨收費，D2950、D2952、D2954包含D2951。	
• D2140 - 汞合金 – 一個牙面，乳牙或恆牙	**$53**
• D2150 - 汞合金 – 兩個牙面，乳牙或恆牙	**$68**
• D2160 - 汞合金 – 三個牙面，乳牙或恆牙	**$82**

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
• D2161 - 汞合金 - 四個或四個以上牙面，乳牙或恆牙	**$94**
• D2330 - 複合樹脂 – 一個牙面，前牙	**$50**
• D2331 - 複合樹脂 – 兩個牙面，前牙	**$60**
• D2332 - 複合樹脂 – 三個牙面，前牙	**$71**
• D2335 - 複合樹脂 - 四個或四個以上牙面或包括切角（前牙）	**$85**
• D2390 - 複合樹脂牙冠，前牙	**$114**
• D2391 - 複合樹脂 - 一個牙面，後牙	**$54**
• D2392 - 複合樹脂 - 兩個牙面，後牙	**$70**
• D2393 - 複合樹脂 - 三個牙面，後牙	**$85**
• D2394 - 複合樹脂 - 四個或四個以上牙面，後牙	**$96**
• D2542 - 嵌體 - 金屬 - 兩個牙面	**$313**
• D2543 - 嵌體 - 金屬 - 三個牙面	**$334**
• D2544 - 嵌體 - 金屬 - 四個或四個以上牙面	**$355**
• D2642 - 嵌體 - 瓷／陶瓷 - 兩個牙面	**$293**
• D2643 - 嵌體 - 瓷／陶瓷 - 三個牙面	**$320**
• D2644 - 嵌體 - 瓷／陶瓷 - 四個或四個以上牙面	**$352**
• D2710 - 牙冠 - 複合樹脂（間接）	**$163**
• D2712 - 牙冠 - 3/4複合樹脂（間接）	**$161**
• D2720 - 牙冠 - 樹脂與高貴金屬混合物	**$346**
• D2721 - 牙冠 - 樹脂與賤金屬混合物	**$327**
• D2722 - 牙冠 - 樹脂與貴金屬混合物	**$378**
• D2740 - 牙冠 - 瓷／陶瓷	**$433**
• D2750 - 牙冠 - 瓷融合高貴金屬	**$422**

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
• D2751 - 牙冠 – 瓷融合賤金屬	**$372**
• D2752 - 牙冠 - 瓷牙冠 - 瓷融合貴金屬	**$381**
• D2753 - 牙冠 - 瓷融合鈦和鈦合金	**$402**
• D2780 - 牙冠 - 3/4 高貴金屬全鑄造	**$441**
• D2781 - 牙冠 - 3/4 賤金屬全鑄造	**$371**
• D2782 - 牙冠 - 3/4 貴金屬鑄造	**$362**
• D2783 - 牙冠 - 3/4 瓷／陶瓷	**$464**
• D2790 - 牙冠 - 高貴金屬全鑄造	**$428**
• D2791 - 牙冠 - 賤金屬全鑄造	**$368**
• D2792 - 牙冠 - 貴金屬全鑄造	**$385**
• D2794 - 牙冠 - 鈦和鈦合金	**$431**
• D2915 - 重新黏固或重新黏結間接製作或預製根柱和冠心 每2個日曆年度每顆牙齒一次重新黏固（*D2915*或*D2920*）	**$31**
• D2920 - 重新黏固或重新黏結牙冠 每2個日曆年度每顆牙齒一次重新黏固（*D2915*或*D2920*）	**$32**
• D2928 - 預製瓷／陶瓷牙冠 – 恆齒 每2個日曆年度每顆牙齒一次	**$96**
• D2940 - 保護性修復 每顆牙齒終生一次	**$32**
• D2950 - 製作冠心，包含所有必要的牙釘 每5個日曆年度每顆牙齒一次（*D2950*、*D2952*或*D2954*）	**$76**
• D2951 - 牙釘固位 - 每顆牙，除修復體外另計 每2個日曆年度每顆牙齒一次	**$18**

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
• D2952 - 牙冠以外的根柱和冠心，以間接製作法製成 每5個日曆年度每顆牙齒一次（*D2950*、*D2952*或*D2954*）	**$108**
• D2953 - 每額外增加一個以間接製作法製成的根柱 - 同一顆牙齒 與*D2952*一起請款時，每5個日曆年度每顆牙齒一次	**$56**
• D2954 - 牙冠以外的預製根柱和冠心 每5個日曆年度每顆牙齒一次（*D2950*、*D2952*或*D2954*）	**$96**
• D2956 - 去除天然牙齒上的間接修復體	**$0**
• D2957 - 每額外增加一個預製根柱 - 同一顆牙齒 每5個日曆年度每顆牙齒一次	**$55**
• D2976 - 牙齒固定帶穩定 – 每顆牙齒 每顆牙齒終生一次。福利僅限後牙	**$49**
• D2980 - 因修復材料問題所需的牙冠修復 每2個日曆年度每顆牙齒一次	**$74**
• D2982 - 因修復材料問題所需的冠蓋體修復。 每2個日曆年度每顆牙齒一次	**$108**
• D2989 - 清除牙齒病變組織後判定牙齒是否無法修復	**$0**
牙髓病服務 (D3000-D3999) • 根管治療和重新治療每日曆年度限不超過兩次（D3310、D3320、D3330、D3346、D3347或D3348的任何組合） • 如果由同一位牙科醫生／同一家牙科診所在同一天進行，臨時直接修復體的放置費用已包含在所有承保的牙髓診療 (D3220-D3950) 費用中。 • 如果在2個日曆年度內由同一位牙科醫生／同一家牙科診所進行根管治療再治療，其費用已包含在原始治療的費用中；如果由不同的牙科醫生進行，則不予承保。	

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
• 直接或間接牙髓覆蓋術僅有在對有活髓且根尖孔未閉合的恆齒或有活髓的乳齒進行時，才屬於福利項目。 • 除牙髓覆蓋術和牙髓切斷術外，牙髓診療（例如根管治療、根尖切除術、根尖倒填術等）僅有在對有病理狀況的恆齒進行時，才屬於福利項目。 • 恆齒的治療性牙髓切斷術僅限於牙科醫生未進行根管治療時所提供的緩解性治療。	
• D3110 - 覆髓 - 直接（不含最終修復）	**$22**
• D3120 - 覆髓 - 間接（不含最終修復）	**$23**
• D3220 - 治療性牙髓切斷術（不含最終修復）- 除去冠髓至牙本質牙骨質交界處以及上藥 每顆牙齒終身限一次*（D3220或D3321）*	**$54**
• D3221 - 牙髓清創，乳齒及恆齒 每顆牙齒終身限一次*（D3220或D3321）*	**$80**
• D3310 - 牙髓治療，前牙（不含最終修復） 每顆牙齒終身限一次根管治療*（D3310、D3320或D3330）*	**$315**
• D3320：牙髓治療，小臼齒（不含最終修復） 每顆牙齒終身限一次根管治療*（D3310、D3320或D3330）*	**$360**
• D3330 - 牙髓治療，臼齒（不含最終修復） 每顆牙齒終身限一次根管治療*（D3310、D3320或D3330）*	**$488**
• D3331 - 根管阻塞治療；非手術性進入	**$162**
• D3346 - 先前根管治療重新治療 - 前牙 每2個日曆年度每顆牙齒一次重新治療*（D3346、D3347或D3348）*	**$453**
• D3347 - 先前根管治療重新治療 - 小臼齒 每2個日曆年度每顆牙齒一次重新治療*（D3346、D3347或D3348）*	**$507**

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
• D3348 - 先前根管治療重新治療 - 臼齒 每2個日曆年度每顆牙齒一次重新治療 *（D3346、D3347或D3348）*	**$625**
• D3410 - 根尖切除術 - 前牙 每顆牙齒終生一次	**$414**
• D3421 - 根尖切除術 - 小臼齒（第一個牙根） 每顆牙齒終生一次	**$455**
• D3425 - 根尖切除術 - 臼齒（第一個牙根） 每顆牙齒終生一次	**$497**
• D3426 - 根尖切除術（每額外一個牙根） 每顆牙齒終生一次	**$133**
• D3430 - 逆充填 - 每個牙根 每顆牙齒終生一次	**$110**
• D3450 – 牙根切斷術 – 每個牙根 每顆牙齒終生一次	**$271**
牙周病服務 (D4000-D4999) • 包括術前和術後評估和局部麻醉下的治療。 • 如果您沒有定期前往牙科就診（至少每6個月一次），或已被診斷患有牙齦疾病，在接受例行護理（例如定期洗牙）之前，可能需要進行牙周刮治和牙根整平或全口清創。	
• D4210 - 牙齦切除術或牙齦整型術 - 每象限 四顆或四顆以上相鄰牙齒或兩側牙齒間的缺牙間隙。 每3個日曆年度每象限一次*（D4210或D4211）*	**$227**
• D4211 - 牙齦切除術或牙齦整型術 - 每象限一至三顆相鄰牙齒或兩側牙齒間的缺牙間隙 每3個日曆年度每象限一次*（D4210或D4211）*	**$107**
• D4212 - 為了進行修復性診療所需的牙齦切除術或牙齦整型術，每顆牙齒	**$0**

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
• D4240 - 牙齦翻瓣手術，包含牙根整平 - 每象限四顆或四顆以上相鄰牙齒或兩側牙齒間的缺牙間隙。 每3個日曆年度每象限一次（*D4240*或*D4241*）	**$272**
• D4241 - 牙齦翻瓣手術，包含牙根整平 - 每象限一顆至三顆相鄰牙齒或兩側牙齒間的缺牙間隙 每3個日曆年度每象限一次（*D4240*或*D4241*）	**$269**
• D4249 - 臨床牙冠增長術 - 硬組織 每顆恆齒終生一次。	**$301**
• D4260 - 骨手術（包括全厚瓣翻瓣和閉合）- 每象限四顆或四顆以上相鄰齒或兩側牙齒間的缺牙間隙 每3個日曆年度每象限一次（*D4260*或*D4261*）	**$643**
• D4261 - 骨手術（包括全厚瓣翻瓣和閉合）- 每象限一至三顆相鄰牙齒或兩側牙齒間的缺牙間隙 每3個日曆年度每象限一次（*D4260*或*D4261*）	**$472**
• D4266 - 引導組織再生術，天然牙齒 - 可吸收性再生膜，每部位 每3個日曆年度每顆牙齒一次（*D4266*或*D4267*）	**$267**
• D4267 - 引導組織再生術，天然牙齒 - 不可吸收性再生膜，每部位 每3個日曆年度每顆牙齒一次（*D4266*或*D4267*）	**$256**
• D4355 - 全口清創以便後續就診時進行完整牙周評估和診斷 每2個日曆年度一次	**$43**
• D4381 - 使用控釋載體將抗菌劑局部施用於患部齦溝組織，每顆牙齒 每2個日曆年度每顆牙齒一次	**$21**
• D4921 - 使用藥劑進行牙齦沖洗 - 每象限	**$0**

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
活動式假牙修復 (D5000-D5999) • 針對本表所列的所有假牙和局部假牙，共付額包含了安裝後前六個月的安裝後調整和組織調理（如有必要）。針對本表所列的所有立即性假牙和立即性活動式局部假牙，共付額包含了安裝後前三個月的安裝後調整和組織調理（如有必要）。您必須持續符合資格且該服務必須在同一個牙科醫生的診所提供，即最初安裝假牙的診所。 • 更換假牙、局部假牙或覆蓋式假牙需符合現有假牙已使用5年以上的條件。 • 在5年置換頻率限制期間內，如因天然牙齒脫落而需要將活動式局部假牙置換為全口假牙，則可獲得承保。 • 成人在癒合期間使用的臨時局部假牙（臨時局部假牙）僅限於替代拔除的前牙。	
• D5110 - 全口假牙 - 上頜。 一副上頜假牙*（D5110、D5130或D5863）*，每5個日曆年度一次	**$447**
• D5120 - 全口假牙 - 下頜 一副下頜假牙*（D5120、D5140或D5865）*，每5個日曆年度一次	**$471**
• D5130 - 臨時假牙 - 上頜 一副上頜假牙*（D5110、D5130或D5863）*，每5個日曆年度一次	**$435**
• D5140 - 臨時假牙 - 下頜 一副下頜假牙*（D5120、D5140或D5865）*，每5個日曆年度一次	**$417**
• D5211 - 上頜局部假牙 - 樹脂基底（包括固位／卡環材料、支托及假牙） 一副局部上頜假牙*（D5211、D5213、D5221、D5223、D5225、D5227或D5864）*，每5個日曆年度一次	**$309**

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
• D5212 - 下頜局部假牙 - 樹脂基底（包括固位／卡環材料、支托及假牙） 一副局部下頜假牙（*D5212*、*D5214*、*D5222*、*D5224*、*D5226*、*D5228*或*D5866*），每5個日曆年度一次	**$326**
• D5213 - 上頜局部假牙 - 金屬鑄造支架搭配樹脂假牙基底（包括固位／卡環材料、支托及假牙） 一副局部上頜假牙（*D5211*、*D5213*、*D5221*、*D5223*、*D5225*、*D5227*或*D5864*），每5個日曆年度一次	**$474**
• D5214 - 下頜局部假牙 - 金屬鑄造支架搭配樹脂假牙基底（包括固位／卡環材料、支托及假牙） 一副局部下頜假牙（*D5212*、*D5214*、*D5222*、*D5224*、*D5226*、*D5228*或*D5866*），每5個日曆年度一次	**$467**
• D5221 - 臨時上頜局部假牙 - 樹脂基底（包括固位／卡環材料、支托及假牙） 一副局部上頜假牙（*D5211*、*D5213*、*D5221*、*D5223*、*D5225*、*D5227*或*D5864*），每5個日曆年度一次	**$294**
• D5222 - 臨時下頜局部假牙 - 樹脂基底（包括固位／卡環材料、支托及假牙） 一副局部下頜假牙（*D5212*、*D5214*、*D5222*、*D5224*、*D5226*、*D5228*或*D5866*），每5個日曆年度一次	**$287**

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
• D5223 - 臨時上頜局部假牙 - 金屬鑄造支架搭配樹脂假牙基底（包括固位／卡環材料、支托及假牙） 一副局部上頜假牙（*D5211*、*D5213*、*D5221*、*D5223*、*D5225*、*D5227*或*D5864*），每5個日曆年度一次	**$424**
• D5224 - 臨時下頜局部假牙 - 金屬鑄造支架搭配樹脂假牙基底（包括固位／卡環材料、支托及假牙） 一副局部下頜假牙（*D5212*、*D5214*、*D5222*、*D5224*、*D5226*、*D5228*或*D5866*），每5個日曆年度一次	**$428**
• D5225 - 上頜局部假牙 - 彈性基底（包括固位／卡環材料、支托及假牙） 一副局部上頜假牙（*D5211*、*D5213*、*D5221*、*D5223*、*D5225*、*D5227*或*D5864*），每5個日曆年度一次	**$398**
• D5226 - 下頜局部假牙 - 彈性基底（包括固位／卡環材料、支托及假牙） 一副局部下頜假牙（*D5212*、*D5214*、*D5222*、*D5224*、*D5226*、*D5228*或*D5866*），每5個日曆年度一次	**$400**
• D5227 - 臨時上頜局部假牙 - 彈性基底（包含任何卡環、支托及假牙） 一副局部上頜假牙（*D5211*、*D5213*、*D5221*、*D5223*、*D5225*、*D5227*或*D5864*），每5個日曆年度一次	**$395**
• D5228 - 臨時下頜局部假牙 - 彈性基底（包含任何卡環、支托及假牙） 一副局部下頜假牙（*D5212*、*D5214*、*D5222*、*D5224*、*D5226*、*D5228*或*D5866*），每5個日曆年度一次	**$366**

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
• D5410 - 調整全口假牙 - 上頜 每日曆年度兩次	**$25**
• D5411 - 調整全口假牙 - 下頜 每日曆年度兩次	**$25**
• D5421 - 調整局部假牙 - 上頜 每日曆年度兩次	**$27**
• D5422 - 調整局部假牙 - 下頜 每日曆年度兩次	**$26**
• D5511 - 修補斷裂的全口假牙基底，下頜 每日曆年度一次	**$57**
• D5512 - 修補斷裂的全口假牙基底，上頜 每日曆年度一次	**$56**
• D5520 - 置換缺牙或斷牙 - 全口假牙（每顆牙齒） 每日曆年度一次	**$47**
• D5611 - 修補樹脂局部假牙基底，下頜 每日曆年度一次*（D5611或D5621）*	**$55**
• D5612 - 修補樹脂局部假牙基底，上頜 每日曆年度一次*（D5612或D5622）*	**$55**
• D5621 - 修補局部假牙鑄造支架，下頜 每日曆年度一次*（D5611或D5621）*	**$69**
• D5622 - 修補局部假牙鑄造支架，上頜 每日曆年度一次*（D5612或D5622）*	**$65**
• D5630 - 修復或更換斷裂的固位／卡環材料 - 每顆牙齒 每日曆年度一次*（D5610 - D5660）*	**$64**

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
• D5640 - 置換斷牙 - 每顆牙 每日曆年度一次（*D5610 - D5660*）	**$52**
• D5650 - 在現有局部假牙上添增牙齒 每日曆年度一次（*D5610 - D5660*）	**$59**
• D5660 - 在現有局部假牙上加裝牙鉤 - 每顆牙齒 每日曆年度一次（*D5610 - D5660*）	**$65**
• D5710 - 上頜全排假牙換底墊 每2個日曆年度一次	**$145**
• D5711 - 下頜全排假牙換底墊 每2個日曆年度一次	**$141**
• D5720 - 上頜局部假牙換底墊 每2個日曆年度一次	**$138**
• D5721 - 下頜局部假牙換底 每2個日曆年度一次	**$143**
• D5730 - 上頜全排假牙換底墊（直接） 每日曆年度兩次（*D5730*、*D5740*、*D5750*、*D5760*、*D5765*、*D5731*、*D5741*、*D5751*或*D5761*）	**$92**
• D5731 - 下頜全排假牙換底墊（直接） 每日曆年度兩次（*D5731*、*D5741*、*D5751*、*D5761*或*D5765*）	**$89**
• D5740 - 上頜局部假牙換底墊（直接） 每日曆年度兩次（*D5730*、*D5740*、*D5750*、*D5760*或*D5765*）	**$84**
• D5741 - 上頜局部假牙換底墊（直接） 每日曆年度兩次（*D5731*、*D5741*、*D5751*、*D5761*或*D5765*）	**$85**

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
• D5750 - 上頷全排假牙換底墊（間接） 每日曆年度兩次（*D5730*、*D5740*、*D5750*、*D5760*或*D5765*）	**$122**
• D5751 - 下頷全排假牙換底墊（間接）。 每日曆年度兩次（*D5731*、*D5741*、*D5751*、*D5761*或*D5765*）	**$122**
• D5760 - 上頷局部假牙換底墊（間接） 每日曆年度兩次（*D5730*、*D5740*、*D5750*、*D5760*或*D5765*）	**$120**
• D5761 - 下頷局部假牙換底墊（間接） 每日曆年度兩次（*D5731*、*D5741*、*D5751*、*D5761*或*D5765*）	**$121**
• D5765 - 用於全口或局部活動式假牙的軟襯 - 間接 每日曆年度兩次（*D5730*、*D5740*、*D5750*、*D5760*、*D5765*、*D5731*、*D5741*、*D5751*或*D5761*）	**$112**
• D5820 - 上頷臨時局部假牙（包括固位／卡環材料、支托及假牙） 每5個日曆年度一次	**$179**
• D5821 - 下頷臨時局部假牙（包括固位／卡環材料、支托及假牙）。 每5個日曆年度一次	**$179**
• D5850 - 上頷組織調理 每日曆年度一次	**$47**
• D5851 - 下頷組織調理 每日曆年度一次	**$49**

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
• D5863 - 覆蓋式假牙 - 上頜全口 一副上頜假牙（*D5110*、*D5130*或*D5863*），每5個日曆年度一次	**$668**
• D5864 - 覆蓋式假牙 - 上頜局部 一副局部上頜假牙（*D5211*、*D5213*、*D5221*、*D5223*、*D5225*、*D5227*或*D5864*），每5個日曆年度一次	**$522**
• D5865 - 覆蓋式假牙 - 下頜全口 一副下頜假牙（*D5120*、*D5140*或*D5865*），每5個日曆年度一次	**$738**
• D5866 - 覆蓋式假牙 - 下頜局部 一副局部下頜假牙（*D5212*、*D5214*、*D5222*、*D5224*、*D5226*、*D5228*或*D5866*），每5個日曆年度一次	**$518**
植牙服務 (D6000-D6199) • 以下服務每日曆年度限不超過兩 (2) 次：植體植入、植體支持式贋復體及植體基台。 • 更換植體、基台、牙冠、牙橋和植體支持式假牙需符合現有修復體已使用5年以上的條件。 • 透過專業技術或材料製造並在實驗室處理或診所內處理的品牌牙冠／橋體屬於材料升級。除了下列的共付額外，牙科醫生可能還會收取不超過$150的額外費用。請參閱第3.1節的「牙科限制與除外項目」以瞭解其他資訊。 • 如果任何現有的固定式牙橋或活動式假牙將由新的植體支持式義齒取代，則該現有裝置必須符合本福利所規定的置換資格。 • 會員必須至少年滿19歲才能接受植牙服務。 • 承保植體和植體支持的牙冠和假體，以替換因意外創傷或移除而丟失的一顆或多顆天然恆齒。	
• D6010 - 手術植入植體：骨內植體	**$820**
• D6011 - 植體本體手術暴露（第二階段植入手術）	**$88**
• D6013 - 微型植體手術植入	**$319**
• D6040 - 手術植入：骨膜上植體	**$932**

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
• D6050 - 手術植入：透骨式植體	**$522**
• D6056 - 預製基台 - 包括修改和置入	**$197**
• D6057 - 訂製基台 - 包括置入	**$261**
• D6058 - 基台支撐式瓷／陶瓷牙冠	**$424**
• D6059 - 基台支撐式瓷融合金屬牙冠（高貴金屬）	**$440**
• D6060 - 基台支撐式瓷融合金屬牙冠（賤金屬）	**$350**
• D6061 - 基台支撐式瓷融合金屬牙冠（貴金屬）	**$378**
• D6062 - 基台支撐式鑄造金屬牙冠（高貴金屬）	**$409**
• D6063 - 基台支撐式鑄造金屬牙冠（賤金屬）	**$387**
• D6064 - 基台支撐式鑄造金屬牙冠（貴金屬）	**$351**
• D6065 - 植體支撐式瓷／陶瓷牙冠	**$435**
• D6066 - 植體支撐式牙冠 - 瓷融合高貴金屬合金	**$461**
• D6067 - 植體支撐式牙冠 - 高貴金屬合金	**$462**
• D6068 - 基台支撐式固位器，用於瓷／陶瓷固定局部假牙 (FPD)	**$399**
• D6069 - 基台支撐式固位器，用於瓷融合金屬固定局部假牙 (FPD)（高貴金屬）	**$404**
• D6070 - 基台支撐式固位器，用於瓷融合金屬固定局部假牙 (FPD)（賤金屬）	**$326**
• D6071 - 基台支撐式固位器，用於瓷融合金屬固定局部假牙 (FPD)（貴金屬）	**$324**
• D6072 - 基台支撐式固位器，用於鑄造金屬固定局部假牙 (FPD)（高貴金屬）	**$398**
• D6073 - 基台支撐式固位器，用於鑄造金屬固定局部假牙 (FPD)（賤金屬）	**$335**

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
• D6074 - 基台支撐式固位器，用於鑄造金屬固定局部假牙 (FPD)（貴金屬）	**$388**
• D6075 - 植體支撐式固位器，用於陶瓷固定局部假牙 (FPD)	**$417**
• D6076 - 植體支撐式固位器，用於固定局部假牙 (FPD) - 瓷融合高貴金屬合金	**$426**
• D6077 - 植體支撐式固位器，用於金屬固定局部假牙 (FPD) - 高貴金屬合金	**$469**
• D6082 - 植體支撐式牙冠 - 瓷融合賤金屬合金	**$344**
• D6092 - 重新黏固或重新黏合植體／基台支撐式牙冠 每日曆年度每側牙弓一次	**$41**
• D6093 - 重新黏固或重新黏合植體／基台支撐式固定局部假牙 每日曆年度每側牙弓一次	**$50**
• D6094 - 基台支撐式牙冠 - 鈦和鈦合金	**$425**
• D6096 - 移除損壞的植體固定螺絲 每5個日曆年度每顆牙齒一次	**$90**
• D6110 - 缺齒牙弓部位的植體／基台支撐式活動假牙 – 上頜	**$520**
• D6111 - 缺齒牙弓部位的植體／基台支撐式活動假牙 - 下頜	**$539**
• D6112 - 部分缺齒牙弓部位的植體／基台支撐式活動假牙 - 上頜	**$585**
• D6113 - 部分缺齒牙弓部位的植體／基台支撐式活動假牙 - 下頜	**$701**
• D6114 - 缺齒牙弓部位的植體／基台支撐式固定假牙 - 上頜	**$1,848**

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
• D6115 - 缺齒牙弓部位的植體／基台支撐式固定假牙 - 下頜	**$2,000**
• D6116 - 部分缺齒牙弓部位的植體／基台支撐式固定假牙 - 上頜	**$1,433**
• D6117 - 部分缺齒牙弓部位的植體／基台支撐式固定假牙 - 下頜	**$2,000**
• D6190 - 放射攝影／外科手術植牙指標，按申報 每5個日曆年度每顆牙齒一次	**$147**
• D6194 - 基台支撐式固位器牙冠，用於固定局部假牙 (FPD) - 鈦和鈦合金 每日曆年度一次	**$431**
固定式假牙修復 (D6200－D6999) • 如果同項治療計劃中包含超過六個單位的牙冠和／或橋體，則在第6個單位之後，您可能必須為每個單位支付額外$175。 • 牙冠、橋體、嵌體、冠蓋體或減壓裝置必須在現有牙橋使用達5年以上才可進行置換。 • 透過專業技術或材料製造並在實驗室處理或診所內處理的品牌牙冠／橋體屬於材料升級。除了下列的共付額外，牙科醫生可能還會收取不超過$150的額外費用。請參閱第3.1節的「牙科限制與除外項目」以瞭解其他資訊。	
• D6210 - 橋體 - 高貴金屬鑄造	**$303**
• D6211 - 橋體 - 賤金屬鑄造	**$245**
• D6212 - 橋體 - 貴金屬鑄造	**$283**
• D6240 - 橋體 - 瓷融合高貴金屬	**$344**
• D6241 - 橋體 - 瓷融合賤金屬	**$269**
• D6242 - 橋體 - 瓷融合貴金屬	**$293**
• D6243 - 橋體 - 瓷融合鈦和鈦合金	**$286**
• D6245 - 橋體 - 瓷／陶瓷	**$337**

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
• D6250 - 橋體 - 樹脂與高貴金屬混合物	**$282**
• D6251 - 橋體 - 樹脂與賤金屬混合物	**$255**
• D6252 - 橋體 - 樹脂與貴金屬混合物	**$245**
• D6602 - 固位器嵌體 - 高貴金屬鑄造，兩個牙面	**$146**
• D6603 - 固位器嵌體 - 高貴金屬鑄造，三面或三面以上	**$285**
• D6604 - 固位器嵌體 - 賤金屬鑄造，兩個牙面	**$138**
• D6605 - 固位器嵌體 - 賤金屬鑄造，三面或三面以上	**$237**
• D6606 - 固位器嵌體 - 貴金屬鑄造，兩個牙面	**$177**
• D6607 - 固位器嵌體 - 貴金屬鑄造，三面或三面以上	**$380**
• D6608 - 固位器冠蓋體 - 瓷／陶瓷，兩個牙面	**$268**
• D6609 - 固位器冠蓋體 - 瓷／陶瓷，三面或三面以上	**$315**
• D6610 - 固位器冠蓋體 - 高貴金屬鑄造，兩個牙面	**$276**
• D6611 - 固位器冠蓋體 - 高貴金屬鑄造，三面或三面以上。	**$279**
• D6612 - 固位器冠蓋體 - 賤金屬鑄造，兩個牙面	**$272**
• D6613 - 固位器冠蓋體 - 賤金屬鑄造，三面或三面以上	**$281**
• D6614 - 固位器冠蓋體 - 貴金屬鑄造，兩個牙面	**$259**
• D6615 - 固位器冠蓋體 - 貴金屬鑄造，三面或三面以上	**$284**
• D6720 - 固位器牙冠 - 樹脂與高貴金屬混合物	**$426**
• D6721 - 固位器牙冠 - 樹脂與賤金屬混合物	**$369**

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
• D6722 - 固位器牙冠 - 樹脂與貴金屬混合物	**$438**
• D6740 - 固位器牙冠 - 瓷／陶瓷	**$442**
• D6750 - 固位器牙冠 - 瓷融合高貴金屬	**$427**
• D6751 - 固位器牙冠 - 瓷融合賤金屬	**$384**
• D6752 - 固位器牙冠 - 瓷融合貴金屬	**$393**
• D6753 - 固位器牙冠 - 瓷融合鈦和鈦合金	**$430**
• D6780 - 固位器牙冠 - 3/4 高貴金屬鑄造	**$444**
• D6781 - 固位器牙冠 - 3/4 賤金屬鑄造	**$369**
• D6782 - 固位器牙冠 - 3/4 貴金屬鑄造	**$448**
• D6783 - 固位器牙冠 - 3/4 瓷／陶瓷	**$438**
• D6784 - 固位器牙冠 3/4 - 鈦和鈦合金	**$528**
• D6790 - 固位器牙冠 - 高貴金屬全鑄造	**$431**
• D6791 - 固位器牙冠 - 賤金屬全鑄造	**$372**
• D6792 - 固位器牙冠 - 貴金屬全鑄造	**$394**
• D6930 - 重新黏固或重新黏合固定式局部假牙 每2個日曆年度一次	**$44**
• D6940 - 應力中斷器 每5個日曆年度一次	**$80**
• D6980 - 因修復材料問題所需的固定式局部假牙修復 每2個日曆年度一次	**$86**

口腔和上頜面手術 (D7000-D7999)

- 包括術前和術後評估和局部麻醉下的治療。
- 拔牙每個日曆年度最多限三次（D7140、D7210、D7220、D7230、D7240、D7241、D7250或D7251的任何組合）。
- 在拔除完全骨性阻生牙時，如發生罕見手術併發症，神經剝離術將視為該拔牙手術的一部分，費用包含在該拔牙手術的費用中。否則，神經剝離術不屬於承保範圍。

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
• D7140 - 拔除萌生齒或暴露的牙根（牙挺和／或拔牙鉗拔除）	**$53**
• D7210 - 拔除需要移除骨頭和／或部分牙齒的萌生齒，如有指徵，則包括拉高黏膜骨膜翻瓣	**$113**
• D7220 - 拔除阻生牙 - 軟組織	**$138**
• D7230 - 拔除阻生牙 - 部分骨性阻生牙	**$182**
• D7240 - 拔除阻生牙 - 完全骨性阻生牙	**$215**
• D7241 - 拔除阻生牙 - 完全骨性阻生牙，伴有罕見的外科手術併發症	**$246**
• D7250 - 拔除牙齒殘根（切割手術）	**$124**
• D7251 - 牙冠切除術 - 刻意拔除部分牙齒，僅適用於阻生牙	**$242**
• D7259 - 神經剝離術	**$0**
• D7270 - 牙齒再植術和／或意外脫位或移位後的牙齒固定 每顆牙齒終生一次	**$144**
• D7280 - 暴露未萌齒 每顆牙齒終生一次	**$246**
• D7282 - 鬆動已萌出或位置不當的牙齒以幫助其萌出 每顆牙齒終生一次	**$149**
• D7284 - 小唾液腺切除活組織檢查 同日限一次	**$189**
• D7286 - 口腔組織切開活組織檢查 – 軟組織 每天一次	**$173**
• D7288 - 刷式活組織檢查 - 經上皮採樣 每日曆年度一次	**$59**

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
• D7310 - 與拔牙同時進行的齒槽骨成形術 - 每象限四顆或四顆以上牙齒或牙齒間隙 每象限終身限一次（*D7310*或*D7311*）	**$104**
• D7311 - 與拔牙同時進行的齒槽骨成形術 - 每象限一顆至三顆牙齒或牙齒間隙 每象限終身限一次（*D7310*或*D7311*）	**$96**
• D7320 - 未與拔牙同時進行的齒槽骨成形術 - 每象限四顆或四顆以上牙齒或牙齒間隙 每象限終身限一次（*D7320*或*D7321*）	**$167**
• D7321 - 未與拔牙同時進行的齒槽骨成形術 - 每象限一顆至三顆牙齒或牙齒間隙 每象限終身限一次（*D7320*或*D7321*）	**$124**
• D7340 - 前庭成形術 - 牙槽脊延伸術（繼生性上皮形成） 每個牙弓終生限一次	**$280**
• D7350 - 前庭成形術 - 牙槽脊延伸術（包括軟組織移植、肌肉重新附著、軟組織附著體調整，以及肥厚和增生組織的處理） 每個牙弓終生限一次	**$461**
• D7450 - 良性牙源性囊腫或腫瘤切除 - 病灶直徑小於1.25公分 每天一次	**$299**
• D7451 - 良性牙源性囊腫或腫瘤切除 - 病灶直徑大於1.25公分 每天一次	**$490**
• D7471 - 外側外生骨贅切除術（上頜或下頜） 每象限終身限一次	**$350**
• D7472 - 顎骨隆突切除 每個牙弓終生限一次	**$435**

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
• D7473 - 下頜隆突切除 每象限終身限一次	**$366**
• D7510 - 膿腫切開引流術 - 口內軟組織 每天一次	**$86**
• D7922 - 在牙槽窩內放置生物性敷料，以協助止血或穩定血凝塊，每個部位	**$0**
• D7953 - 用於保存牙槽脊的骨替代移植物 - 每個部位 每部位終身限一次	**$234**
• D7970 - 增生組織切除術 - 每側牙弓 每個牙弓終生限一次	**$245**
• D7971 - 冠周牙齦切除 每顆牙齒終生一次	**$107**
一般性輔助服務 (D9000-D9999) • 每個服務日期最多可承保60分鐘的一般麻醉或靜脈注射中度鎮靜。額外單位不屬於承保範圍。 • 全身麻醉及透過靜脈注射中度（清醒）鎮靜劑僅有在由牙科醫生與屬於承保範圍的口腔手術或特定牙髓及牙周手術一起提供時，才屬於福利項目。福利限每天一種麻醉方式。	
• D9215 - 與手術或外科診療同時進行的局部麻醉	**$0**
• D9219 - 注射中度鎮靜劑、注射深度鎮靜劑或全身麻醉評估	**$0**
• D9222 - 深度鎮靜／全身麻醉 - 最初15分鐘	**$101**
• D9223 - 深度鎮靜／全身麻醉 - 後續每增加15分鐘時段	**$96**
• D9224 - 施行全身麻醉並使用進階氣道裝置 - 最初15分鐘時段或其中任何部分	**$101**

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
• D9225 - 施行全身麻醉並使用進階氣道裝置 - 後續每增加15分鐘時段或其中任何部分	**$96**
• D9230 - 吸入笑氣／鎮痛、減輕焦慮 每日曆年度三次	**$22**
• D9239 - 靜脈注射中度（清醒）鎮靜／鎮痛 - 最初15分鐘	**$90**
• D9243 - 靜脈注射中度（清醒）鎮靜／鎮痛 - 後續每增加15分鐘時段	**$80**
• D9244 - 診所內注射輕度鎮靜 - 單一藥物 - 腸內給藥 每日曆年度三次（*D9244*、*D9245*、*D9246*或*D9247*）	**$72**
• D9245 - 診所內注射輕度鎮靜 - 單一藥物 - 腸內給藥 每日曆年度三次（*D9244*、*D9245*、*D9246*或*D9247*）	**$72**
• D9246 - 注射中度鎮靜 - 非靜脈內的腸胃外給藥 - 最初15分鐘時段或其中任何部分 每日曆年度三次（*D9244*、*D9245*、*D9246*或*D9247*）	**$50**
• D9247 - 注射中度鎮靜 - 非靜脈內的腸胃外給藥 - 後續每增加15分鐘時段或其中任何部分 每日曆年度三次（*D9244*、*D9245*、*D9246*或*D9247*）	**$22**
• D9310 - 諮詢 - 診斷服務由提出要求之牙科醫生或醫生以外的牙科醫生或醫生提供 每位保健業者終身限一次	**$67**
• D9430 - 診所就診觀察（於正常看診時間）- 未進行其他服務	**$23**

Advantage Plus （這些可選補充福利僅適用於入保Advantage Plus的會員）。	您必須支付的費用*
• D9440 - 診所就診 - 於正常看診時間之外 每日曆年度一次	**$54**
• D9910 - 塗抹脫敏藥物	**$0**
• D9930 - 併發症治療（術後）- 異常情況， 按申報	**$0**
• D9951 - 咬合調整 – 局部 每5個日曆年度一次	**$46**
• D9952 - 咬合調整 - 全口 每5個日曆年度一次	**$151**
• D9975 - 居家使用的外部牙齒美白，每個牙弓；包括材料及客製化牙托的製作 僅限一個牙齒美白牙托及兩週自行治療所需的美白凝膠	**$56**

第3節　不屬於本計劃承保範圍的服務（除外項目）

本節將會為您說明哪些服務屬於聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保範圍的不受保項目，因而無法獲得本計劃的承保。

下表列出了不論在任何情況下皆不屬於承保範圍或僅在特殊情況下屬於承保範圍的服務和用品。

如果您接受了屬於除外（不受保）項目的服務，您將必須自行付費，但在下列特定條件除外。即使您在急診設施接受屬於除外項目的服務，該屬於除外項目的服務仍無法獲得承保，且該計劃亦不會給付該服務。唯一的例外是，如果該服務經由上訴，且在上訴後經判定為醫療服務，則依據您的具體情況，我們應進行給付或承保。（如需有關針對我們不承保某項醫療服務的決定提出上訴的資訊，請參閱第9章第5.3節。）

不屬於聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保範圍的服務	僅有在特定情況下屬於承保範圍
在中級或住宿護理機構、輔助生活機構或成人寄養家庭中接受護理	根據醫療福利表的「住院藥物濫用障礙與精神健康治療」所述承保。
透過人工方式受孕，例如人工受孕、受精卵人工移入輸卵管、卵子移植和配子受精卵人工移入輸卵管（人工授精和Medicare承保的相關服務除外）	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
美容手術或程序	如為意外受傷所需或為改善身體畸形部位的機能，則屬於承保範圍 全乳房切除手術後乳房重建的所有階段，以及為了建立對稱外觀而對非患側乳房所進行的乳房重建均屬於承保範圍
監督護理 **監督護理是指不需要由受過訓練的醫療或醫療救護人員提供持續照顧的個人護理，例如協助您從事如沐浴或更衣等日常活動的護理。**	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
選擇性或自願性改善程序或服務（包括減重、生髮、性功能、體育表現、美容用途、抗老及精神表現）	如為醫療上必要的服務且屬於Original Medicare的承保範圍則可獲得承保。
實驗性醫療和外科手術、設備和藥物。 **實驗性程序和用品是指經由Original Medicare判定為未獲得醫學界普遍接受的項目和程序。**	若由獲得Medicare核准的臨床試驗研究提供可能屬於Original Medicare的承保範圍。（請參閱第3章第5節，以瞭解有關臨床試驗研究的更多資訊）

不屬於聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保範圍的服務	僅有在特定情況下屬於承保範圍
聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 不承保的眼鏡和隱形鏡片	每次植入人工晶體的白內障手術後，都會承保一副標準鏡框眼鏡（或一副隱形鏡片）。 如果您入保本章第2.1節所述的選擇性補充福利時，此除外項目不適用於您。 眼具理賠福利受到以下不受保項目和限制約束： • 鏡片保護計劃。 • 非處方物品。 • 無屈光度的鏡片和太陽眼鏡，但為治療黃斑部退化或視網膜色素病變而在醫療上必要時，如果有一隻眼睛需要矯正或有色鏡片，則此除外項目不適用於透明無度數鏡片。 • 替換遺失、破損或損壞的鏡片或鏡框。 • 眼鏡或隱形鏡片裝飾品。 • 依法不需要處方的眼鏡用品（眼框或附蓋平衡鏡片除外）。
由您近親或家人所收取的醫護費用	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
全職居家護理	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
助聽器或裝配助聽器所需的檢查	此除外項目不適用於屬於Medicare承保範圍的人工電子耳和骨導式外部助聽裝置。 如果您入保本章第2.1節所述的選擇性補充福利時，則此除外項目也才不適用於您。
家居送餐服務	此除外項目不適用於醫療福利表中「聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 不承保的居家醫療護理」一列所述的餐點。
家政管理人服務，包括基本家務協助，其中又包括簡單保潔或準備簡單餐點。	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
按摩治療	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍

不屬於聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保範圍的服務	僅有在特定情況下屬於承保範圍
自然療法服務（使用自然或替代治療）	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
白內障手術後所需的非傳統型人工晶狀體 (Intraocular Lenses, IOL)（例如：矯正老花眼的IOL）	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
骨科手術鞋或足部支撐裝置	屬於腿部支架的一部分且包含在支架費用當中的鞋具。患有糖尿病足部疾病的患者適用的矯正或治療鞋具。
醫院或專業護理院病房內的私人用品	提供電話和電視。
(1) 為了就業或保有工作或為了參與僱員計劃所必需；(2) 為了投保或獲得執照所必需；或 (3) 依據法庭命令或者假釋或緩刑所必需的體檢及其他服務	如果網絡醫生判定該服務為醫療上必要的或醫療上適當的預防保健，則可獲得承保。
私人看護	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
醫院單人病房	僅有在醫療上必要的情況下才屬於承保範圍。
能力、資質、智力或興趣的心理測驗	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
放射狀角膜切開術、雷射原位層狀角膜塑型術 (LASIK) 及其他弱視輔具	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
僅提供小幅度外觀改善或是為了改變或重塑身體正常結構以達到改善外觀之目的而進行的重建手術	我們承保為了矯正或修復因先天性缺陷、發育異常、意外受傷、創傷、感染、腫瘤或疾病而導致的身體結構異常所需的重建手術，但條件是網絡醫生必須判定該重建手術是為了在可能的範圍內改善身體機能或建立正常外觀所必須。
絕育復原手術程序及非處方避孕用品	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍

不屬於聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保範圍的服務	僅有在特定情況下屬於承保範圍
例行脊柱神經護理	矯正半脫位的脊柱徒手推拿屬於承保範圍。
例行足部保健	根據聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 準則提供部分有限保險（例如：您患有糖尿病）
例行聽力檢查	聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保診斷性聽力檢查和平衡感檢查，但條件是必須由醫生開醫囑。
根據Original Medicare標準而認定為不合理和非必要的服務	此不受保項目不適用於不屬於Original Medicare承保範圍但屬於本計劃承保範圍的服務或用品。
在退伍軍人事務部 (Veterans Affairs, VA) 所屬設施為退伍軍人所提供的服務	當在VA醫院接受急診服務且VA成本分擔高於本計劃成本分擔時，我們將會為退伍軍人補償該差額。 會員仍需負擔本計劃的成本分擔金額。
與非承保服務或用品有關的服務	當某項服務或用品不屬於承保範圍時，所有與該非承保服務或用品有關的服務均屬於除外項目， (1) 除非該服務或用品是我們為了治療與非承保服務或用品相關的併發症所會承保的項目；或 (2) 除非是根據 Medicare 準則承保。
由無需取得州政府執照或未經州政府認證即可提供保健服務的人員安全有效執行的服務，且會員的狀況不需要由持照保健業者提供服務	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
自願性絕育手術復原服務	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
使用客車、計程車、公車、可裝載輪床之廂型車、可裝載輪椅之廂型車及任何其他類型的交通工具（執照救護車除外）所提供的交通運輸服務，即使這是前往網絡保健業者處的唯一方式	此除外項目不適用於醫療福利表中「患者轉送服務 - 聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 不承保的非急診醫療患者轉送服務」及「聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 不承保的居家醫療護理」等列中所述的患者轉送服務。
交通及住宿費用	我們可能會根據本計劃的旅行和住宿指南，給付我們預先授權的某些費用。

第 3.1 節　牙科限制與除外項目

除非另有註明，否則本節中的限制與除外項目適用於醫療福利表或Advantage Plus福利表中所述的牙科服務。

限制項目

1. 某些福利提供的頻率會受到限制。所有服務頻率限制均列於醫療福利表或Advantage Plus福利表中。
2. 在建議使用由天然牙齒或牙科植體支撐的承保牙冠、牙橋橋體及／或牙橋固位器時，您的牙科醫生可以提供採用品牌或商標名稱產品的服務，並另行收費。您必須獲得由高品質技工室製作的牙冠／橋體，材料可能包括：瓷／陶瓷；瓷融合賤金屬、貴金屬或高貴金屬。如果您選擇升級材料替代方案（即採用牙科技工室或診所內透過特殊技術或材料製作的品牌牙冠／橋體，其中包括但不限於Captek、Procera、Lava、Empress和Cerec），您的牙科醫生可在醫療福利表或Advantage Plus福利表所列共付額之外，另外收取不超過$150的費用。
3. 置換現有的嵌體、冠蓋體、牙冠、固定式局部假牙（牙橋）或活動式全口或局部假牙，可在符合以下條件時獲得承保：
    a. 現有的修復體／牙橋／假牙已不再具有功能，且無法透過修復或調整恢復功能，同時在其置換前安裝已滿五年或五年以上；或
    b. 若現有的局部假牙使用未滿五年，但由於天然牙齒脫落，且無法在現有局部假牙上新增其他牙齒，因而必須置換新的局部假牙；或
    c. 現有的固定式局部假牙（牙橋）使用未滿5年，但因天然牙齒脫落而必須置換新的固定式局部假牙。
4. 針對急診牙科護理，如果您不符合下列條件，您將需負擔牙科護理的全額費用：
    a. 您曾在合理情況下試圖與您的指定DeltaCare USA Medicare牙科醫生聯絡，但其無法在24小時內為您看診，或者您認為以您當時的病症而言，要前往指定的DeltaCare USA Medicare牙科醫生處實屬不合理或不可能。如果您是尚未指定牙科醫生的新會員，您應與Delta Dental客戶服務部聯絡，以獲得幫助尋找DeltaCare USA Medicare牙科醫生。
    b. 您在接受急診牙科護理前曾致電與Delta Dental客戶服務部聯絡，或者考慮到您的病症和情況，您在未致電客戶服務部的情況下獲得急診牙科護理實屬合理。
    c. 承保急診牙科服務的索賠必須在治療日期起的90天內向Delta Dental提出，除非您能證明在該期限內提交索賠並非合理可行。如在該情況下，您必須於治療日起的1年內提出索賠。請將您的索賠寄送至：Delta Dental Claims Department, P.O. Box 1803, Alpharetta, GA 30023。

除外項目

1. 醫療福利表或Advantage Plus福利表中未明確列出的任何診療。
2. 任何經牙科醫生或Delta Dental臨床工作人員專業判斷認為符合以下條件的任何診療：
    a. 根據牙齒狀況和／或牙齒周圍結構判斷，預期會有成功率不高或持續效果不長的預後不良狀況，或
    b. 不符合牙科普遍認可的標準；或
    c. 包含在其他診療中或屬於其他診療一部分的服務不得另外收費。
3. 僅為美容目的提供的服務，或針對因遺傳性或發育性缺陷所造成的病症提供的服務，例如顎裂和上下顎畸形、先天牙齒缺失或未萌出，以及牙齒變色或缺乏琺瑯質。
4. 僅因磨損、磨耗、咬合磨耗或侵蝕而進行的牙齒修復。
5. 遺失或遭竊的裝置，包括但不限於全口或局部假牙、空間維持器、牙冠以及固定式局部假牙（牙橋）。
6. 旨在變更垂直咬合距離或為診斷或治療顳骨與下頜關節 (TMJ) 異常病症的診療、裝置或修復服務。
7. 活動式裝置所需的貴金屬、全口假牙的金屬或永久性軟底墊、瓷製假牙、活動式或固定式局部假牙的精密支台齒（覆蓋體、植體及相關裝置）以及個人化和特製化的全口與局部假牙。
8. 不屬於承保範圍的理賠諮詢。
9. 從任何指定DeltaCare HMO Medicare牙科醫生以外的牙科設施取得的牙科服務。這包括網絡外牙科專科醫生的服務，除非獲得Delta Dental明確授權，急診服務除外。
10. 醫院、門診外科手術中心、長期護理設施或其他類似護理設施的入院費、使用費或住院費等所有相關費用。
11. 處方藥。
12. 與您符合DeltaCare USA Medicare HMO計劃資格之前開始的任何牙科診療相關的牙科費用。示例包括：準備安裝牙冠的牙齒、正在進行的根管治療以及已印模的全口或局部假牙。
13. 由專門從事牙修復服務的牙科醫生提供的治療或裝置。
14. 睡眠呼吸中止症服務或用品。
15. 施用神經調節劑。
16. 施用皮膚充填劑。
17. 光生物調節療法。

第5章：
使用計劃的D部分藥物保險

第1節　本計劃D部分保險的基本規定

請參閱第4章的「醫療福利表」，以瞭解Medicare B部分的藥物福利和安寧護理藥物福利。

一般而言，只要您遵守下列規定，本計劃即會承保您的藥物：

- 您必須讓保健業者（醫生、牙科醫生、或其他處方醫師）為您開具處方，該處方根據適用的州法律必須有效。
- 您的處方醫師必須在Medicare的除外項目或排除名單之外。
- 一般而言，您必須使用網絡藥房來配藥（請參閱第2節），您也可以透過本計劃的郵購服務配藥。
- 您的藥物必須列於本計劃的《2027年完整承付藥物手冊》中（請參閱第3節）。
- 您的藥物必須用於醫學上公認的適應症。「醫學上公認的適應症」是指使用獲得FDA核准或有特定參考書籍可以提供佐證的藥物。（請參閱第3節，以進一步瞭解醫學上認可的適應症。）
- 您的藥物可能需要根據某些標準獲得本計劃的批准，然後我們才會同意承保。（詳情請參閱本章第4節）

第2節　在網絡藥房或透過本計劃的郵購服務配藥

在大多數情況下，只有當您在本計劃的網絡藥房配藥時，處方藥才屬於承保範圍。（請參閱第2.4節，以瞭解我們在何種情況下會承保您在網絡外藥房配取的處方藥。）

網絡藥房是指與本計劃簽有合約以向您提供承保藥物的藥房。「承保藥物」一詞是指列於本計劃藥物清單內的所有D部分藥物。

第2.1節　網路藥房

尋找您所在地區的網絡藥房

如欲找到網絡藥房，請參閱《藥房名錄》*(Pharmacy Directory)*、訪問我們的網站(**kp.org/directory**) 和／或撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡。

您可前往本計劃的任何網絡藥房。

如果您的藥房退出我們的網絡

如果您使用的藥房離開本計劃的網絡，您需要尋找新的網絡藥房。如欲找到您所在地區的其他藥房，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）向會員服務部尋求幫助，或使用《藥房名錄》。您也可以在我們的網站**kp.org/directory**找到這些資訊。

專科藥房

有些處方必須在專科藥房配藥。專科藥房包括：

- 提供居家靜脈注射治療藥物的藥房。
- 為長期護理 (Long-Term Care, LTC) 設施的住院者提供藥物的藥房。通常，LTC設施（例如護理院）皆有其自己的藥房。如果您在長期護理 (LTC) 設施難以獲得D部分藥物，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡。
- 為印第安人健康服務／部落／城市印第安人健康計劃（不在Puerto Rico提供）提供服務的藥房。除非發生緊急情況，否則僅有美國原住民或阿拉斯加原住民才可使用本計劃網絡內的這些藥房。I/T/U藥房必須位於本計劃的服務區內。
- 負責發配受食品及藥物管理署 (FDA) 限制，僅能在某些地點發配之藥物或需要特殊處理、保健業者協調或用藥教學之藥物的藥房。如欲查找專科藥房，請參閱《藥房名錄》 (**kp.org/directory**) 或撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡。

第2.2節　本計劃的郵購服務

您可使用本計劃的網絡郵購服務獲取某些類型的藥物。通過郵購提供的藥物通常是您因為慢性或長期醫療病症而需定期服用的藥物。這些藥物在藥物清單中標記為**郵購藥物**。

本計劃的郵購服務可讓您訂購達100天的藥量。

如欲取得以郵購方式配藥的相關資訊，請造訪您當地的網絡藥房或瀏覽我們的網站**kp.org/refill**。您可透過下列方式方便地訂購續配處方藥：

- 在**kp.org/refill**網站安全註冊並線上訂購。
- 請撥打**1-888-218-6245**（聽障及語障電話專線**711**），服務時間為週一至週五上午8:00至晚上8:00，週六上午8:00至晚上6:00及週日上午9:00至晚上6:00，或撥打您處方標籤上特別註明的電話號碼，並聽從提示。請務必在聽到語音提示後選擇郵購 (mail delivery) 選項。
- 您可在任何 Kaiser Permanente 的網絡內藥房取得表格，將填有處方或續配申請的郵購表寄出。

當您透過網路、電話或書面的方式訂購寄送到府的續配藥物時，您必須在訂購時支付成本分擔（一般USPS郵件服務無需運費）。如果您願意的話，您還可指定一家您希望領藥和支付處方費用的網絡藥房。如果您對自己的處方是否可透過郵購配送有疑問，或者您欲查看藥物清單中有關可以透過郵購配送的藥物資訊，請與網絡藥房聯絡。

通常情況下，在郵購藥房訂購的藥物將在5天內送達。如果您的郵購處方延遲了，請致電上述或您處方藥瓶標籤上所列的電話號碼以尋求協助。此外，如果您等不及由我們的郵購藥房寄送處方藥給您，您可以打電話給《藥房名錄》或**kp.org/directory**所列的當地網絡零售藥房以取得緊急藥量。請注意，如果您不是向我們的郵購藥房訂購，而是從網絡零售藥房取得100天藥量，您可能需要支付較高的費用。

以郵購方式續配處方藥。如欲進行續配，請在您目前處方藥即將用完的至少5天前與藥房聯絡，以確保您下一批訂購的藥物能夠及時送達。

您也可以選擇註冊自動續配方案。根據這項計劃，當我們的記錄顯示您的藥物即將用完時，我們將自動開始處理您的下一次續配。藥局會在每次寄出續配藥物之前與您聯絡，以確認您是否需要更多藥物；如果您已有足夠的藥物或藥物已更換，您可以取消預定的續配。

如果您選擇不使用我們的自動續配計劃，但仍希望郵購藥房寄送處方藥給您，請在您目前處方藥即將用完的5天前與您的藥房聯絡。這是為了確保您下一批訂購的處方藥能及時寄送給您。

如需取消自動郵寄續配服務，請透過以下方式與我們聯絡：

- 請於週一至週五上午8:00至上午8:00、週六上午8:00至下午6:00以及週日上午9:00至下午6:00撥打電話**1-888-218-6245**（聽障及語障電話專線**711**）尋求協助，或者；
- 訪問我們的網站**kp.org/refill**並遵循以下步驟：

View Pharmacy（查看藥局）→ Auto Refill（自動續配）→ Manage Auto Refill（管理自動續配）→ Remove this medication from Auto Refill（從自動續配清單中移除此藥物）。

如果您收到郵寄但您不需要的自動續配藥物，您可能符合退款資格。

第2.3節　如何取得藥物的長期藥量

當您領取藥物的長期藥量時，您的成本分擔可能較低。本計劃提供**2種方式**供您領取本計劃藥物清單中維持型藥物的長期藥量（又稱為延長藥量）。（維持型藥物指您因為慢性或長期病症而需經常服用的藥物。）

1. 本計劃網絡中的部分零售藥房可讓您領取維持型藥物的長期藥量。《藥房名錄》(**kp.org/directory**) 將為您說明本計劃網絡中的哪些藥房可為您提供維持型藥物的長期藥量。如需瞭解更多資訊，您也可以撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡。
2. 您還可以透過我們的郵購計劃獲得維持型藥物。請參閱第2.2節以瞭解更多資訊。

第2.4節　使用不屬於本計劃網絡的藥房

一般而言，我們僅有在您無法使用網絡藥房的情況下才會承保您在網絡外藥房配領的藥物。請先撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）向會員服務部查詢，以確認您附近是否有網絡藥房。

我們僅在以下情形下承保您在網絡外藥房配領的處方藥：

- 如果您在美國及其領土境內但在服務區外旅行，且您生病或您的D部分承保處方藥用完了，則我們將會在少數非慣例的情況下根據Medicare計劃D部分承付藥物手冊準則承保您在網絡外藥房所配取的處方藥。
- 如果您在接受承保網絡外急診護理或區域外緊急醫護的同時需要Medicare D部分處方藥，我們最多將會承保您透過網絡外藥房所取得的30天藥量。註：在美國及其領土境外所開立和提供的處方藥若屬於急診護理或緊急醫護承保範圍的一部分，則在30天期間最多可獲得30天藥量的給付。這些藥物不屬於Medicare D部分的承保範圍；因而，這些藥物的給付不得計入用於達到重大傷病承保階段的限額。
- 如果由於在合理的行車距離範圍內沒有提供24小時服務的網絡藥房，因而使您無法在服務區內及時取得承保藥物。如果一個人在合理情況下可在正常營業時間於網絡藥房購買藥物，則我們可能不會承保您的處方藥。
- 如果您要配藥的藥物是可使用的網絡藥房通常沒有存貨的藥物或該藥物無法透過郵購藥房取得（包括高價藥物）。
- 如果您在災難期間無法從網絡藥房獲得處方藥。

如果您必須使用網絡外藥房，您通常不得不在配藥時支付全額費用（而不是常規的成本分擔費用）。您可針對我們應付的成本分擔額向我們申請費用報銷。（請參閱第7章第2節，以瞭解如何要求本計劃償還您款項的資訊。）您可能必須支付您在網絡外藥房領取該藥物時所支付之費用與您在網絡藥房領取該藥物時我們會承保的費用之間的差額。

第3節　您的藥物必須列於本計劃的藥物清單

第3.1節　藥物清單將會說明哪些D部分藥物屬於承保範圍

本計劃有一份《2027年完整承付藥物手冊》。在本《承保範圍說明書》中，**我們將其簡稱為藥物清單**。

本清單中的藥物是由該計劃在醫生和藥劑師的幫助下選擇的。此清單符合Medicare的要求，並且已經過Medicare核准。藥物清單僅顯示Medicare D部分所承保的藥物。

只要您遵守本章所述的其他承保規定且藥物是用於醫學上公認的適應症，我們通常都會承保本計劃藥物清單上所列的藥物。醫學上公認的適應症是指符合下列任何一種條件的藥物使用方式：

- 經由食品及藥物管理署 (FDA) 核准，用於處方所針對的診斷結果或病症，或者
- 有特定參考資料可以提供佐證，例如American Hospital Formulary Service Drug Information（美國醫院處方集服務藥品資訊）和Micromedex DRUGDEX Information System（Micromedex DRUGDEX藥品資訊系統）。

我們的藥物清單包括品牌藥、學名藥和生物製品（可能包括生物仿製藥）。

品牌藥是一種以藥品製造商擁有的商標名稱銷售的處方藥。生物製品比典型藥物更複雜。在藥物清單上，當我們提到藥物時，這可能是指藥物或生物製品。

學名藥是含有與品牌藥相同的活性成分的處方藥。某些生物製品有被稱為生物仿製藥的替代品。一般而言，非品牌藥和生物仿製藥與品牌藥或原創生物製品具有同等效力，且費用通常較低。許多品牌藥都有非品牌藥替代品，而部分原始生物製品則有生物仿製藥替代品。有些生物仿制藥是可替換的生物仿製藥，根據州法律，此類藥物可以替代藥房的原研生物製品，且無需新的處方，就像學名藥可以替代品牌藥一樣。

有關藥物清單可能包含的藥物類型定義，請參閱第12章。

藥物清單上沒有列出的藥物

本計劃並不承保所有處方藥。

- 在某些情況下，法律不允許任何Medicare計劃承保特定類型的藥物。（如需瞭解更多資訊，請參閱第7節）。
- 其他情況下則是本計劃決定不將特定藥物納入藥物清單中。
- 在部分情況下，您也許可以獲得不屬於藥物清單上的藥物。（如需瞭解更多資訊，請參閱第9章。）

第3.2節　藥物清單上的藥物共有六個成本分擔層級

本計劃藥物清單上的所有藥物分屬於六個成本分擔層級的其中一個層級。一般而言，層級越高，您需要支付的藥費也越高：

- 成本分擔**層級1**適用於首選非品牌藥（此層級包括部分品牌藥）。
- 成本分擔**層級2**適用於非品牌藥（此層級包括部分品牌藥）。
- 成本分擔**層級3**適用於首選品牌藥（此層級同時包括非品牌藥和品牌藥）。

- 成本分擔**層級4**適用於非首選藥物（此層級包括非品牌藥和品牌藥）。
- 成本分擔**層級5**適用於專科層級藥物（此層級包括非品牌藥和品牌藥）。
- 成本分擔**層級6**適用於D部分疫苗（此層級僅包括品牌藥）。

如欲確定您的藥物屬於哪個成本分擔層級，請查閱本計劃的藥物清單。您在每個成本分擔層級中需支付的藥物費用，請參閱第6章。

第3.3節　如何得知某特定藥物是否列於本計劃藥物清單中

若要瞭解您服用的藥物是否列在藥物清單上，可透過以下方式：

- 查看我們以電子方式提供的最新版藥物清單。
- 訪問本計劃的網站 (**kp.org/seniorrx**)。網站上的藥物清單（《2027年完整承付藥物手冊》）隨時保持最新狀態。
- 請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡，以瞭解某特定藥物是否列於本計劃的藥物清單（《2027年完整承付藥物手冊》），或索取該清單的複本。
- 利用本計劃的「Real-Time Benefit Tool」（即時福利工具）(**kp.org/seniorrx**) 在藥物清單中搜尋藥物，以估算您需要支付的費用，並查看藥物清單上是否有可以治療相同疾病的替代藥物。您也可以撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡。

第4節　有承保範圍限制的藥物

第4.1節　為何某些藥物有限制

對於某些處方藥，我們的計劃有特殊規定，限制承保這些藥物的方式和時間。醫生和藥劑師團隊制定了這些規定，並建議您以及您的醫護人員通過最有效的方式使用藥物。如要確認任何這些限制是否適用於您正在服用或希望服用的藥物，請查閱藥物清單。

如果安全且費用較低的藥物與費用較高的藥物療效相當，本計劃的規定旨在鼓勵您及保健業者使用費用較低的藥物。

請注意，有時某個藥物可能會不止一次出現在藥物清單中。這是因為相同的藥物可能因保健業者所開的單位含量、藥量或劑型等因素而有所不同，不同限制或成本分擔可能適用於不同版本的藥物（例如，10毫克與100毫克；每天服用一次與每天服用2次；藥片與液態藥物）。

第4.2節　限制類型

如果您的藥物有限制，這通常表示您或保健業者必須採取額外步驟，本計劃才會承保該藥物。請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡，以瞭解您或您的保健業者可以採取哪些行動來獲得該藥物的承保。**如果您希望我們為您免除該限制，您將需使用承保決定流程並向我們申請例外處理。**我們可能會也可能不會同意為您免除該限制。（請參閱第9章。）

事先取得計劃批准

針對某些藥物，您或您的保健業者必須根據特定標準，事先取得本計劃的批准，我們才會同意為您承保該藥物。這稱為**事前授權書**。這是為了確保藥物安全，並幫助指導部分藥物的適當使用。如果您未取得此核准，您的藥物可能無法獲得該計劃的承保。如欲取得本計劃的事前授權書標準，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡，或訪問我們的網站 (**kp.org/seniorrx**)。

第5節　如果您的其中一種藥物未按您希望的方式獲得承保該怎麼辦

在某些情況下，您服用的處方藥或您和您的保健業者認為您應該服用但未列入本計劃藥物清單的處方藥會受到限制。例如：

- 該藥物可能完全無法獲得承保。或者該藥物的學名藥版本屬於承保範圍，但您欲服用的品牌藥版本不屬於承保範圍。
- 該藥物屬於承保範圍，但承保有額外規定或限制。
- 該藥物屬於承保範圍，但其所屬的成本分擔層級導致您的成本分擔比想象中高。

如果藥物所屬的成本分擔層級導致您的成本分擔比想象中高，請參閱第5.1節以瞭解您可採取的行動。

如果您的藥物不在藥物清單上或受到限制，您可以採取以下措施：

- 您也許可以取得藥物的暫時藥量。
- 您可改用其他藥物。
- 您可申請**例外處理**並要求本計劃承保該藥物或移除該藥物的限制。

您可能可以取得暫時藥量

在部分情況下，本計劃必須供應您已服用藥物的臨時藥量。該臨時藥量可讓您有時間與您的保健業者討論變更事宜。

如欲符合獲得臨時藥量的資格，您服用的藥物**必須不再列於我們的藥物清單上，或者目前有某方面的限制**。

- **如果您是新會員，**我們將會在您成為本計劃會員的最初**90天**期間承保您藥物的臨時藥量。
- **如果您去年就加入本計劃，**我們將會在日曆年度的最初**90天**期間承保您藥物的臨時藥量。
- 此臨時藥量的上限為30天。如果處方開立的天數較短，我們將會允許您多次配藥，直到我們提供的藥量達到30天上限為止。您必須在網絡藥房配藥。（請注意，為避免浪費，長期護理藥房可能每次提供較少的藥量。）
- **針對已加入本計劃超過90天且目前住在長期護理設施並立即需要獲得供藥的會員：**
- 我們將會承保一次31天特定藥物的緊急藥量，或者如果您處方天數較短，我們將會承保較少藥量。這是上述暫時藥量以外的部分。
- **針對醫護服務等級發生變更的在籍會員：**若您入住醫院、專業護理院或長期護理設施，或從上述場所出院前往其他護理設施或返家，這皆屬於醫護服務等級變更。當您的醫護服務層級發生變化時，您可以申請額外配藥。在此醫護服務等級轉換期間，我們通常最多會承保您D部分藥物一個月的藥量，即使該藥物未列於藥物清單上也不例外。

如對臨時藥量有問題，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡。

在您領取藥物的臨時藥量期間，您應與您的保健業者洽詢，以決定臨時藥量用完之後應如何處理。您有2個選項：

選項1. 您可改用其他藥物

與您的保健業者討論本計劃是否有承保其他可能對您同樣有效的其他藥物。請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**），向會員服務部索取治療相同疾病的承保藥物清單。該清單可幫助您的保健業者找到可能適合您的承保藥物。

選項2. 您可申請例外處理

您和您的保健業者可要求本計劃進行例外處理，並以您希望的方式承保藥物。如果您的醫護人員表示您有向我們申請例外處理的正當醫療理由，您的醫護人員可協助您申請例外處理。例如，即使某項藥物未列於本計劃的藥物清單中，您也可以請求本計劃承保該藥物。或者您可要求本計劃進行例外處理並在沒有限制的情況下承保該藥物。

如果您和您的保健業者想向我們申請例外處理，請參閱第9章第6.4節，以瞭解該採取哪些行動。該章節將會說明聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 所制定的程序和期限，以確保您的要求獲得及時且公平的處理。

第5.1節　如果您認為藥物的成本分擔層級過高該怎麼辦

如果您認為您藥物的成本分擔層級過高，以下是您可採取的行動：

您可改用其他藥物

如果您認為您的藥物成本分擔層級過高，請諮詢您的保健業者。在成本分擔較低的層級中，也許有其他藥物對您有同樣效果。請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**），向會員服務部索取治療相同疾病的承保藥物清單。該清單可幫助您的保健業者找到可能適合您的承保藥物。

您可申請例外處理

您和您的保健業者可要求本計劃就藥物的成本分擔層級進行例外處理，以降低您所需支付的藥物費用。如果您的保健業者表示您有向我們申請例外處理的正當醫療理由，您的保健業者可幫助您申請承保規定的例外處理。

如果您和您的保健業者想向我們申請例外處理，請參閱第9章第6.4節，以瞭解該採取哪些行動。該章節將會說明聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 所制定的程序和期限，以確保您的要求獲得及時且公平的處理。

屬於專科層級（層級5）的藥物不符合此類例外處理的條件。我們不會降低屬於該層級藥物的成本分擔金額。

第6節　藥物清單可能會在一年當中有所變更

大多數藥物承保範圍的變更都發生於每年的年初（1月1日）。而在本年當中，該計劃可以針對我們的「藥物清單」進行部分變更。例如，本計劃可能：

- **新增或移除藥物清單中的藥物**
- **將藥物移至更高或更低的成本分擔層級**
- **增加或取消對承保藥物的限制**
- **以學名藥版本取代品牌藥**
- **以可替換的生物仿製藥取代原始生物製品**

在變更藥物清單之前，我們必須遵守Medicare的規定。

藥物承保範圍變更資訊

當「藥物清單」發生變更時，我們會將這些變更資訊公布在我們的網站上。我們也定期更新我們的線上藥物清單。有時，如果您服用的藥物發生變化，您會直接收到通知。

本計劃年度內對您有影響的藥物承保範圍變更

- **在藥物清單中新增新藥物並立即移除或變更藥物清單上的類似藥物。**
    - 將新版本的藥物加入藥物清單時，我們可能會立即從藥物清單中移除類似藥物、將類似藥物移至另一個成本分擔層級、添加新的限制，或兩者都實施。新版本的藥物會列於相同或較低的成本分擔層級，同時具有相同或較少的限制。
    - 只有當我們添加品牌藥的新版學名藥或添加已列於藥物清單上的原研生物製品的某些新版生物仿製藥時，我們才會立即做出這些變更。
    - 即使您正在服用我們要移除或變更的藥物，我們也可能會立即做出這些變更並過後通知您。如果您在我們進行變更時正服用類似藥物，我們將會為您提供有關具體變更的相關資訊。
- **在事先通知的情況下，將藥物加入我們的藥物清單中，並刪除或變更我們藥物清單上的類似藥物。**
    - 將另一版本的藥物加入藥物清單時，我們可能會立即從藥物清單中刪除類似藥物、將類似藥物移至另一個成本分擔層級、添加新的限制，或兩者都進行。新版本的藥物會列於相同或較低的成本分擔層級，同時具有相同或較少的限制。
    - 只有當我們新增品牌藥的新版學名藥或新增已列於藥物清單上之原始生物製品的某些新版生物仿製藥時，我們才會做出這些變更。
    - 我們將在做出變更之前至少30天通知您，或告知您變更情況並承保您正在服用的藥物版本的30天藥量。
- **移除不安全的藥物以及列於藥物清單上但已從市場下架的其他藥物。**
    - 有時某種藥物可能被認定為不安全，或由於其他原因從市場下架。如果發生此類情況，我們可能會立即將該藥物從藥物清單中移除。如果您正在服用該藥物，我們會在做出變更後告訴您。
- **對藥物清單上的藥物做出其他變更。**
    - 我們可能會在一個年度開始之後針對您正在服用的藥物進行其他變更。例如，我們根據美國食品及藥物管理署 (FDA) 的黑框警告或根據獲Medicare認可的新臨床準則進行變更。
    - 我們將在做出這些變更之前至少30天通知您，或告知您變更情況並額外承保您正在服用的藥物版本的30天補充藥量。

如果我們對您正在服用的任何藥物做出任何此類變更，請與您的處方醫師討論最適合您的選項，包括改用另一種藥物治療您的病症，或請求做出承保決定以免除對您正在服用的藥物的任何新限制。您或您的處方醫師可以要求我們例外處理，以繼續承保您一直使用的藥物或藥物版本。有關如何申請承保決定（包括例外處理）的更多資訊，請參閱第9章。

在該計劃年度不會對您造成影響的藥物清單變更

我們可在藥物清單上做出前文未列明的變更。在這些情況下，如果您在我們做出變更時仍在使用該藥物，則此項變更對您不具效力；然而，如果自明年1月1日起的計劃年度內，您繼續入保同一計劃，則這些變更有可能影響到您。

一般而言，在當前計劃年度中不會對您產生影響的變更包括：

- 我們將您的藥物移至較高的成本分擔層級。
- 我們針對您的藥物使用設定了新的限制。
- 我們將您的藥物從藥物清單中移除。

如果您正使用的藥物發生此類變更（藥物從市場下架、學名藥取代品牌藥，或上一節所述的其他變更除外），在明年的1月1日之前，該變更將不會影響您對該藥物的使用和您為該藥物支付的費用。

我們不會在當前計劃年度直接告訴您此類變更。您需要查看下一個計劃年度的藥物清單（將在開放入保期提供），以瞭解您正使用的藥物是否會在下一個計劃年度發生對您有影響的變更。

第7節　我們不承保的藥物類型

某些類型的處方藥屬於不受保項目。這表示聯邦醫療保險 (Medicare) 不會支付這些藥物的費用。

如果您取得了屬於除外項目的藥物，您必須自行付費。如果您提交上訴，且所針對的藥物沒有被排除在計劃D部分之外，我們將會對其給付或承保。（有關對決議提交上訴的資訊，請參閱第9章。）

以下是關於聯邦醫療保險 (Medicare) 藥物計劃不予承保的D部分藥物的3項一般性規定：

- 本計劃的D部分藥物保險無法承保Medicare A部分或B部分承保的藥物。
- 本計劃不得承保在美國及其屬地以外購買的藥物。
- 若藥物在使用上沒有某些參考資料（例如American Hospital Formulary Service Drug Information與Micromedex DRUGDEX Information System）的佐證，則本計劃無法承保「藥物標籤核准適應症以外使用」的藥物。藥物標籤核准適應症以外使用是指除獲得食品及藥物管理署 (FDA) 批准之藥物標籤上所示以外的任何其他藥物使用方式。

而根據法律規定，下列類別的藥物不屬於Medicare藥物計劃的承保範圍：

- 無需處方即可取得的藥物（又稱為非處方藥）
- 用於提升生育力的藥物
- 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物
- 用於美容用途或用於促進頭髮生長的藥物
- 處方維生素和礦物質產品，但孕婦用維生素和氟製劑除外
- 用於治療性功能障礙或勃起障礙的藥物
- 用於治療厭食症、減重或增重的藥物
- 作為販售條件，製藥商要求僅能購買該製藥商獨家提供的相關檢驗或監測服務的門診藥物

如果您獲得額外補助支付您的處方藥費用，額外補助將不會支付通常不屬於承保範圍的藥物費用。但是，如果您通過聯邦／州醫療保健輔助計劃獲得藥物承保，您所在州的聯邦／州醫療保健輔助計劃可能會承保聯邦醫療保險計劃 (Medicare)藥物計劃通常不承保的一些處方藥。請與您的州政府聯邦／州醫療保健輔助計劃部門聯絡以確認您可獲得哪些藥物承保。（您可在第2章第6節找到聯邦／州醫療保健輔助計劃的電話號碼和聯絡資訊。）

第8節　如何配藥

如欲配藥，請在您選擇的網絡藥房提供本計劃的會員資訊（該資訊可在您的會員卡上找到）。網絡藥房會針對您藥物費用中我們的分擔額自動向本計劃請款。您將需在領取處方藥時向藥房支付您的成本分擔。

如果您沒有隨身攜帶本計劃會員資訊，您或藥房可以打電話與本計劃聯絡以取得資訊，您也可以請藥房查詢本計劃的入保資訊。

如果藥房無法取得必要資訊，**您可能必須在領取藥物時支付處方藥的全額費用**。然後，您可**要求我們**針對我們應分擔的費用**向您提供償付**。請參閱第7章第2節，以瞭解有關如何向本計劃申請償付的資訊。

第9節　在特殊情況下的D部分藥物承保範圍

第9.1節　在醫院或專業護理院住院且該住院服務屬於本計劃的承保範圍

如果您入住醫院或專業護理院且該住院服務屬於本計劃的承保範圍，我們通常會承保您在住院期間的處方藥費用。在您從醫院或專業護理院出院之後，只要藥物符合我們在本章中所述的所有承保規定，本計劃即會承保您的處方藥。

第9.2節　身為長期護理 (LTC) 設施的住院者

通常，長期護理 (LTC) 設施（如護理院）都有其自己的藥房，或使用某藥房為所有入住者提供藥物。如果您是LTC設施的入住者，您可透過該設施自己的藥房或其所使用的藥房取得您的處方藥，但條件是該藥房已加入本計劃的網絡內。

請查看《藥房名錄》(**kp.org/directory**) 以瞭解您長期護理 (LTC) 設施的藥房或其所使用的藥房是否屬於本計劃的網絡。如果不屬於本計劃的網絡，或者如果您需要更多資訊或幫助，請撥打**1-800-443-0815**與會員服務部聯絡（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）。如果您住在長期護理 (LTC) 設施，我們必須確保您平常能夠透過我們的長期護理 (LTC) 藥房網絡取得D部分福利。

如果您是長期護理 (LTC) 設施的住院者，並且需要未列於本計劃藥物清單或受到某些限制的藥物，請參閱第5節，以瞭解有關獲取臨時或緊急藥量的資訊。

第9.3節　如果您還擁有透過僱主或退休人員團體計劃取得的藥物保險

如果您透過您的（或您配偶或同居伴侶的）僱主或退休人員團體享有其他藥物保險，請聯絡**該團體的福利管理員。**他們可幫助您瞭解您目前的藥物保險如何與本計劃相互配合。

一般而言，如果您有員工或退休團體保險，相較您的團體保險，您透過本計劃所取得的藥物保險將屬於次要保險。這表示您的團體保險將需優先付款。

有關可認抵保險的特別注意事項：

您的雇主或退休人員團體每年應寄給您一份通知，以告知您有關您的藥物承保在下個日曆年度是否可認抵的資訊。

如果團體計劃的保險為可抵免保險，這表示您計劃的藥物保險平均預期支付額應至少與聯邦醫療保險 (Medicare) 標準藥物保險相當。

請保留有關可抵免保險的任何通知，因為您之後可能需要這些通知來證明您保有可抵免保險。如果您未收到可抵免保險的通知，請向您的僱主、退休人員計劃的福利管理員或工會索取一份。

第9.4節　如果您住在經聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 認證的安寧護理設施

安寧護理和本計劃不會同時承保同一種藥物。如果您參加Medicare的安寧護理服務，並且需要因與您末期疾病和相關病症無關而不屬於安寧護理服務承保範圍的藥物（例如抗噁心藥物、瀉劑、鎮痛藥物或抗焦慮藥物），該計劃將必須收到處方醫師或您的安寧護理服務提供者的通知，表示該藥物與您的末期疾病和相關病症無關之後，該計劃才能承保該藥物。為了防止您在取得應屬於本計劃承保範圍的藥物時發生延誤，您可要求安寧護理服務提供者或處方醫師在您配藥前提供通知。

如果您選擇退出安寧服務或您從安寧服務機構出院，則本計劃應承保您的藥物，如本文件所述。為了避免您的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 安寧服務理賠結束時藥房有任何延遲，請向藥房出示相關文件以證明您已退出服務或出院。

第10節 用藥安全及藥物管理計劃

我們為會員進行藥物使用審查，以協助確保會員取得安全且適當的醫護服務。

我們會在您每次配藥時進行審查。我們也會定期審查我們的記錄。在審查期間，我們將會注意諸如以下的潛在問題：

- 可能的藥物錯誤
- 因您已使用其他類似藥物治療同一病症而可能不需要的藥物
- 可能因您的年齡或性別而不安全或不適用的藥物
- 同時服用可能會對您有害的某些藥物組合
- 含有會使您過敏之成分的藥物處方
- 您正在服用的藥物可能存在的藥量（劑量）錯誤
- 不安全的阿片類止痛藥用量

如果我們發現可能的用藥問題，我們將會與保健業者合作以改正問題。

第10.1節 幫助會員安全使用阿片類藥物的藥物管理計劃 (DMP)

我們有一項計劃可以幫助確保會員安全使用阿片類處方藥和其他經常遭到濫用的藥物。此計劃稱為「藥物管理計劃」(Drug Management Progrm, DMP)。如果您使用鴉片類藥物且您透過多名處方醫師或多家藥房取得鴉片類藥物，或者您近期曾有鴉片類藥物過量，我們可能會向您的處方醫師洽詢以確認您的使用鴉片類藥物方式適當且是醫療上必要的。如果我們和您的處方醫師共同判定您使用阿片類處方藥或苯二氮平類藥物的方式可能不安全，我們可能會限制您取得這些藥物的方式。如果我們讓您加入藥物管理計劃 (DMP)，限制可能包括：

- 規定您必須從某些藥房取得您所有的阿片類處方藥或苯二氮平類藥物
- 規定您必須從某些處方醫師取得您所有的阿片類處方藥或苯二氮平類藥物
- 限制我們將會為您承保的阿片類藥物或苯二氮平類藥物的藥量

如果我們打算限制您取得這些藥物的途徑或您能獲得的藥量，我們會提前寄信給您。該信函將告知您我們是否會限制對這些藥物的承保，或者您是否需要僅從特定處方醫師或藥房取得這些藥物的處方。您將有機會告訴我們您希望使用哪位處方醫師或哪家藥房，以及您認為我們需要瞭解的任何其他重要資訊。在您有機會做出回應後，如果我們決定限制您使用這些藥物的承保範圍，我們將向您發送另一封確認限制的信函。如果您認為我們的決定有誤或者您不同意我們判定或限制，您和您的處方醫師有權上訴。如果您提出上訴，我們將審查您的個案並作出新決定。如果我們仍拒絕您的要求中與限制您獲取藥物有關的任何部分，我們將自動將您的個案寄送給一位不屬於本計劃的獨立審議人。請參閱第9章以瞭解如何申請上訴。

如果您有癌症相關疼痛或鐮形細胞貧血症等某些疾病，或者您正在接受安寧護理、緩和療護或臨終護理，或您居住在長期護理設施，您將不會被加入我們的藥物管理計劃 (DMP)。

第10.2節　幫助會員管理藥物的藥物治療管理 (MTM) 計劃

我們有一項計劃可幫助有複雜健康需求的會員。本計劃稱為藥物治療管理 (MTM) 計劃。該計劃屬於自願性質且免費。一個由藥劑師和醫生所組成的團隊為我們制訂該計劃，以幫助確保會員透過其所服用的藥物獲得最大益處。

部分因某些慢性疾病而服用藥物且藥物費用超過特定金額的會員，或已參與藥物管理計劃 (DMP) 以幫助自己安全使用阿片類藥物的會員，可能可以透過藥物治療管理 (MTM) 計劃獲得服務。如果您符合該計劃的條件，藥劑師或其他健康專業人員會針對您所有的藥物進行全面審查。在審查期間，您可討論您的藥物、您的費用以及您對處方藥和非處方藥持有的任何問題或疑問。您將取得一份書面概要，其中含有待辦事項清單，包括您應該採取哪些步驟而從藥物中獲得最佳效果。您還會獲得一份藥物清單，其中包含您正在服用的所有藥物、所服的藥量，以及服藥的時間和原因。此外，參與MTM計劃的會員將會收到有關安全棄置管制處方藥的資訊。

您最好與您的醫生討論推薦待辦事項清單和用藥清單。在您前去就診或每當您與醫生、藥劑師及其他保健業者談話時，請攜帶此份概要。請將藥物清單保持在最新狀態並隨身攜帶（例如與您的會員卡存放在一起），以防您需前往醫院或急診室就診。

如果我們有符合您需求的計劃，我們將會自動替您加入該計劃並寄送相關資訊給您。如果您決定不參與，請通知我們，我們將會讓您退出該計劃。如對該計劃有問題，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡。

第6章：
您需為D部分藥物支付的費用

第1節　您需為D部分藥物支付的費用

如果您參加了幫助您支付藥物費用的計劃，**本《承保範圍說明書》中部分有關D部分處方藥費用的資訊將不適用於您。**我們已另外寄給您一份名為「獲得處方藥費用額外補助之人士的承保範圍說明書附約」（也稱為「低收入補助附約」或「LIS附約」）的插頁，其中說明了您的藥物承保範圍。如果您未收到此份插頁，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡並索取「LIS附約」。

我們在本章中用「藥物」一詞來代表D部分處方藥。並非所有藥物都是計劃D部分藥物。部分藥物屬於Medicare A部分或B部分的承保範圍，而其他藥物則是根據法律規定被排除在聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保範圍外。

如欲瞭解付款資訊，您需瞭解哪些藥物屬於承保範圍、應至何處配藥，以及在取得承保藥物時應遵守哪些規定。第5章解釋了這些規定。當您使用本計劃的「Real-Time Benefit Tool」（即時福利工具）來查看藥物的承保範圍 (**kp.org/seniorrx**) 時，您看到的費用是您預計要支付的自付費用估算額。您也可以撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡，以取得由「Real-Time Benefit Tool」（即時福利工具）提供的資訊。

本《承保範圍說明書》說明了下列Senior Advantage計劃，且這些計劃均包括Medicare D部分處方藥保險：

- Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced計劃
- Alameda County Basic計劃
- Contra Costa County Basic計劃
- Contra Costa County Enhanced計劃
- Greater Fresno Area Basic計劃
- Greater Fresno Area Enhanced計劃
- Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic計劃
- Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced計劃
- Marin and San Mateo Counties Enhanced計劃
- Marin County Basic計劃

- San Francisco County Basic計劃
- San Joaquin County Basic計劃
- San Joaquin County Enhanced計劃
- San Mateo County Basic計劃
- Santa Clara County Basic計劃
- Santa Clara County Enhanced計劃
- Santa Cruz County計劃
- Solano County Basic計劃
- Solano County Enhanced計劃
- Stanislaus County Basic計劃
- Stanislaus County Enhanced計劃

如果您不確定自己入保的是哪項計劃，請打電話給會員服務部或參閱您的「年度變更通知」封面（或者，如為新會員，請參閱您的入保申請表或入保確認函）。

註：請參閱第1章的第2.2節，以瞭解本《承保範圍說明書》中每項計劃之服務區的地理位置。就保費、成本分擔、入保和退保而言，本地區的服務區有多種Senior Advantage計劃，具體內容詳見本《承保範圍說明書》。不過，就獲得承保服務而言，您可以在本地區服務區內任何地方獲得網絡保健業者的醫療護理。

第1.1節　承保藥物的自付費用類型

您可能需要支付3種不同類型的D部分承保藥物自付費用：

- **免賠額**是本計劃開始支付其分擔費用之前，您支付的藥物費用金額。
- **共付額**是您每次配藥時需支付的一筆固定金額。
- **共保額**是您每次配藥時需支付的藥物總費用百分比。

第1.2節　聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 如何計算您的自付費用

聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 規定了哪些費用會計入以及哪些費用不會計入您的自付費用。以下是我們在追蹤自付費用時必須遵循的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 規定。

這些費用均可計入您的自付費用中

您的自付費用**包括**下列付款（前提是這些付款是針對屬於承保範圍的D部分藥物，且您遵守了第5章所說明的藥物承保範圍規定）：

- 在以下任何藥物給付階段支付的藥費：
    - 初始承保階段
- 本日曆年度內，您在入保本計劃之前作為另一項聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 藥物計劃的會員所支付的任何費用
- 由家人或朋友代您支付的任何藥物費用
- 由聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 額外補助、僱主或工會保健計劃、印第安人健康服務部、愛滋病藥物協助計劃和大多數慈善機構代您支付的任何藥物費用

進入重大傷病承保階段：

您（或代您付費的其他人）在本日曆年度內支付的自付費用合計達到**$2,400**之後，您將從初始承保階段進入重大傷病承保階段。

這些費用均不計入您的自付費用中

您的自付費用**不包括**以下任何類型的付款：

- 您的每月計劃保費
- 您在美國及其領土境外購買的藥物
- 本計劃不承保的藥物
- 在不符合本計劃網絡外承保要求的網絡外藥房取得的藥物
- 非D部分藥物，包括Medicare計劃A部分或Medicare計劃B部分承保的處方藥和疫苗，以及不屬於聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保範圍的其他藥物
- 由某些保險計劃和政府出資設立的保健計劃（例如TRICARE和退伍軍人健康管理部 [Veterans Health Administration, VA] 設立的保健計劃）代您支付的藥費
- 依法有義務支付處方藥費用的第三方代您支付的藥物費用（例如工傷賠償）
- 藥廠根據藥廠折扣計劃支付的費用

提醒事項：若任何其他組織（例如上列任何組織）代您支付部分或全部的自付費用，您必須撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡，向本計劃告知相關情況。

追蹤您的自付費用總額

- 您收到的D部分理賠說明 (Explanation of Benefits, EOB) 包括您目前的自付費用總額。當該金額達到**$2,400**後，D部分理賠說明 (EOB) 會告訴您，您已離開初始承保階段並進入重大傷病承保階段。
- **確保我們擁有所需的資訊。**請參閱第3.1節以瞭解您可以如何幫助確保我們對您花費所保持的記錄完整且處於最新狀態。

第2節　本計劃會員的藥物付款階段

在本計劃下，您的藥物保險有3個**藥物付款階段**。您支付各處方的金額會依據您領取處方藥配藥或續配時所屬階段而定。本章將解釋每個階段的詳細資訊。這些階段分別為：

- **第1階段：年度免賠額階段**
- **第2階段：初始承保階段**
- **第3階段：重大傷病承保階段**

第3節　D部分理賠說明 *(EOB)* 將解釋您所處的付款階段

本計劃會追蹤您的處方藥費用以及您在藥房取得處方時支付的費用。這樣，我們就可以告訴您何時從一個藥物付款階段進入下一個階段。我們追蹤2種類型的費用：

- **自付費用：**這是您已支付的費用。其中包括您在獲得D部分承保藥物時支付的費用、家人或朋友為您藥物支付的任何費用，以及透過聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的額外補助、僱主或工會保健計劃、印第安人健康服務、愛滋病藥物協助計劃、慈善機構和大多數州政府藥物輔助計劃 (SPAP) 為您藥物支付的任何費用。
- **藥物總費用：**這是指您為D部分承保藥物所支付的所有費用總額。這包括本計劃支付的費用、您支付的費用，以及其他計劃或組織為D部分承保藥物支付的費用。

如果您在前一個月期間曾透過本計劃配一種或多種處方藥，我們將寄一份D部分理賠說明 (EOB) 給您。D部分理賠說明 (EOB) 包括：

- **該月份的資訊**。該報告將向您提供上一個月配藥的付款細節。其中顯示藥物總費用、本計劃支付的藥物費用以及您本人支付和他人代您支付的藥物費用。
- **1月1日迄今累計總金額。**這顯示了本年迄今的總藥物費用以及各方為您藥物所支付的費用總額。
- **藥物價格資訊。**其中顯示藥物總價格，以及每份相同藥量的處方藥索賠與首次配藥相比的價格調漲資訊。
- **費用較低的可用替代處方藥。**其中顯示每筆處方藥索賠中，其他成本分擔較低的可用藥物相關資訊（如適用）。

第3.1節　幫助我們持有您最新的藥物付款資訊

為了追蹤統計您的藥費和您支付的藥費，我們利用從藥房取得的記錄。您可透過下列方式幫助我們確保您的資訊正確且保持在最新狀態：

- **在每次配藥時出示會員卡。**這可以幫助確保我們瞭解您配領的處方藥和您支付的費用。
- **確保我們擁有所需的資訊。**有時您可能需支付處方藥的全部費用。在這些情況下，我們不會自動取得我們追蹤您的自付費用的所需資訊。為了協助我們追蹤您的自付費用，請向我們提供收據副本。**以下是您應向我們提供藥物收據複本的示例：**
    - 當您以特殊價格或使用不屬於本計劃福利的折扣卡在網絡藥房購買承保藥物時。
    - 當您為根據藥廠患者補助計劃而提供的藥物支付共付額時。
    - 當您在任何時候在網絡外藥房購買承保藥物，或在其他特殊情形下支付全額費用購買承保藥物時。
    - 如果您收到承保藥物的帳單，可請求我們依據本計劃支付我們應分擔的費用。如欲了解應如何處理，請參閱第 7 章第 2 節。
- **向我們寄送關於他人代您支付費用的資訊。**有些其他人和組織支付的費用也計入您的自付費用。例如，愛滋病藥物協助計劃 (ADAP)、印第安人健康服務計劃和慈善機構代付的藥費均計入您的自付費用。請保存這些付款記錄並寄給我們，以便我們追蹤您的費用。
- **查核我們寄給您的書面報告。**當您收到D部分理賠說明 (EOB) 時，請詳細閱讀以確保其中資訊完整且正確無誤。如果您認為缺少某些資訊或您有問題，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡。您也可在選擇在線上查看《計劃D部分理賠說明》，而無需透過郵件。請訪問**kp.org/goinggreen**並登入，以瞭解有關選擇在線上安全查看D部分理賠說明 (EOB) 的詳細資訊。請務必保留這些報告。

第4節　Kaiser Permanente Senior Advantage沒有免賠額

Senior Advantage無免賠額。您在一年當中首次配藥時，便開始進入初始保險階段。請參閱第5節，以瞭解您在初始承保階段的承保範圍。

第5節　初始承保階段

第5.1節　您支付的藥物費用取決於您的藥物和配藥地點

在初始承保階段，本計劃將針對您的承保藥物支付我們的成本分擔，而您則支付您的成本分擔（您的共付額或共保額）。您的分擔費用將依您的藥物和配藥地點而異。

本計劃有6個成本分擔層級

本計劃藥物清單上的每種藥物都分屬於6個成本分擔層級的其中一個層級。一般而言，成本分擔層級越高，您需要支付的藥費也越高：

- 成本分擔**層級1**適用於首選學名藥（此層級包括部分品牌藥）。
- 成本分擔**層級2**適用於學名藥（此層級包括部分品牌藥）。
- 成本分擔**層級3**適用於首選品牌藥（此層級同時包括學名藥和品牌藥）。您需為本層級每種承保胰島素產品每月藥量支付$35。
- 成本分擔**層級4**適用於非首選藥物（此層級同時包括學名藥和品牌藥）。您需為本層級每種承保胰島素產品每月藥量支付$35。
- 成本分擔**層級5**適用於專科層級藥物（此層級同時包括學名藥和品牌藥）。您需為本層級每種承保胰島素產品每月藥量支付$35。
- 成本分擔**層級6**適用於D部分疫苗（此層級僅包括品牌藥）。

如要確定您的藥物屬於哪個成本分擔層級，請查閱本計劃的藥物清單。

您的藥房選擇

您需為藥物支付的藥費依您取得藥物的管道而定：

- 網絡零售藥房
- 不屬於本計劃網絡的藥房。僅在有限的情形下，我們才會承保在網絡外藥房配取的處方藥。有關我們在何種情形下會承保在網絡外藥房的配藥，請參閱第5章第2.4節
- 本計劃的郵購藥房

如欲瞭解更多關於上述藥房選擇和配藥的資訊，請參閱第5章和本計劃的《藥房名錄》(**kp.org/directory**)。

第5.2節　您需為承保藥物一個月藥量支付的費用

在初始保險階段，您為承保藥物支付的分擔費用是共付額或共保額。

共付額或共保額的金額取決於成本分擔層級。

有時藥物的費用比您的共付額低。在這些情況下，您支付藥物的較低價格，而不是共付額。

您購買D部分承保藥物一個月藥量的費用

層級	零售網絡內成本分擔 （最多30天藥量）	郵購成本分擔 （最多30天藥量）	長期護理 (LTC) 成本分擔 （最多31天藥量）	網絡外成本分擔 （僅限於在特定情形下承保；詳情請參閱第5章。） （最多30天藥量）
層級1 – 首選學名藥 （所有計劃）	**$0**			
層級2 – 學名藥 • Alameda County Basic • San Mateo County Basic • Santa Clara County Basic • Solano County Basic	**$0**			
• Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced • Contra Costa County Basic • Contra Costa County Enhanced • Greater Fresno Area Basic • Greater Fresno Area Enhanced • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced • Marin and San Mateo Counties Enhanced	**$5**			

層級	**零售網絡內成本分擔** （最多30天藥量）	**郵購成本分擔** （最多30天藥量）	**長期護理 (LTC) 成本分擔** （最多31天藥量）	**網絡外成本分擔** （僅限於在特定情形下承保；詳情請參閱第5章。） （最多30天藥量）
• San Francisco County Basic • San Joaquin County Basic • San Joaquin County Enhanced • Santa Clara County Enhanced • Santa Cruz County • Solano County Enhanced • Stanislaus County Enhanced				
• Marin County Basic • Stanislaus County Basic	**$10**			
層級3 – 首選品牌藥* （所有計劃）	**$47**			
層級4 – 非首選藥物* （所有計劃）	**$100**			
層級5 – 專科層級藥物* • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced • Alameda County Basic • Contra Costa County Basic	**30%共保額**			

層級	**零售網絡內成本分擔** （最多30天藥量）	**郵購成本分擔** （最多30天藥量）	**長期護理 (LTC) 成本分擔** （最多31天藥量）	**網絡外成本分擔** （僅限於在特定情形下承保；詳情請參閱第5章。） （最多30天藥量）
• Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic • Stanislaus County Basic				
• Contra Costa County Enhanced • Greater Fresno Area Enhanced • Marin and San Mateo Counties Enhanced • San Joaquin County Basic • San Mateo County Basic • Santa Clara County Basic • Santa Clara County Enhanced • Solano County Basic	**31%共保額**			
• Greater Fresno Area Basic • Marin County Basic • Santa Cruz County	**29%共保額**			
• Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced • San Joaquin County Enhanced • Solano County Enhanced	**32%共保額**			

層級	零售網絡內成本分擔 （最多30天藥量）	郵購成本分擔 （最多30天藥量）	長期護理 (LTC) 成本分擔 （最多31天藥量）	網絡外成本分擔 （僅限於在特定情形下承保；詳情請參閱第5章。） （最多30天藥量）
• Stanislaus County Enhanced				
• San Francisco County Basic	**28%共同保險**			
層級6 – D部分疫苗 （所有計劃）	**$0**	**層級6中的藥物無法以郵購方式取得。**	**$0**	

*針對每種承保胰島素產品，無論成本分擔層級如何，您為每種屬於承保範圍的胰島素產品一個月藥量支付的費用皆不會超過**$35**。

有關D部分疫苗成本分擔的更多資訊，請參閱本章第7節。

第5.3節　如果您的醫生開少於一整個月的藥量，您可能無需支付整個月藥量的費用

一般而言，您為藥物支付的金額會涵蓋一整個月的藥量。有時您或您的醫生會想開少於一個月的藥量（例如，當您第一次嘗試某種藥物時）。您也可以要求您的醫生開少於一整個月藥量的藥物，並要求藥劑師配發少於一整個月藥量的藥物，如果這樣做有助您更妥善地規劃續配日期。

如果您收到的某些藥物不足一個月的藥量，您將無需支付一整個月藥量的費用。

- 如果您需支付共保額，您將支付藥物總費用的一定百分比。由於共保額是根據藥物的總費用計算，因此藥物的總費用降低後，您所需支付的費用也會降低。
- 如果您需支付藥物的共付額，您只需支付您實際取得的藥物天數費用，而不必支付整個月藥量的費用。我們會計算您每天需為該藥物支付的金額（「每日成本分擔費率」），然後乘以您取得的藥量天數。

第5.4節　您需為D部分承保藥物長期藥量（最多100天）支付的費用

針對某些藥物，您可以取得長期藥量（也稱延長藥量）。此長期藥量最多為100天藥量。

有時藥物的費用比您的共付額低。在這些情況下，您支付藥物的較低價格，而不是共付額。

您需為D部分承保藥物長期藥量（最多100天）支付的費用

層級	零售成本分擔（網絡內）		郵購成本分擔	
	31至60天藥量	61至100天藥量	31至60天藥量	61至100天藥量
層級1 – 首選學名藥（所有計劃）	**$0**			
層級2 – 學名藥 • Alameda County Basic • San Mateo County Basic • Santa Clara County Basic • Solano County Basic	**$0**			
• Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced • Contra Costa County Basic • Contra Costa County Enhanced • Greater Fresno Area Basic • Greater Fresno Area Enhanced • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic • Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced • Marin and San Mateo Counties Enhanced • San Francisco County Basic • San Joaquin County Basic • San Joaquin County Enhanced • Santa Clara County Enhanced • Santa Cruz County	**$10**	**$15**	**$10**	

層級	零售成本分擔（網絡內）		郵購成本分擔	
	31至60天藥量	61至100天藥量	31至60天藥量	61至100天藥量
• Solano County Enhanced • Stanislaus County Enhanced				
• Marin County Basic • Stanislaus County Basic	**$20**	**$30**	**$20**	
層級3 – 首選品牌藥* （所有計劃）	**$94**	**$141**	**$94**	
層級4 – 非首選藥物* （所有計劃）	**$200**	**$300**	**$200**	
層級5 – 專科層級藥物* • Alameda, Napa, and San Francisco Counties Enhanced • Alameda County Basic • Contra Costa County Basic • Greater Sacramento Area and Sonoma County Basic • Stanislaus County Basic	**30%共保額**			
• Contra Costa County Enhanced • Greater Fresno Area Enhanced • Marin and San Mateo Counties Enhanced • San Joaquin County Basic • San Mateo County Basic • Santa Clara County Basic • Santa Clara County Enhanced • Solano County Basic	**31%共保額**			
• Greater Fresno Area Basic • Marin County Basic • Santa Cruz County	**29%共保額**			
• Greater Sacramento Area and Sonoma County Enhanced • San Joaquin County Enhanced	**32%共保額**			

層級	零售成本分擔（網絡內）		郵購成本分擔	
	31至60天藥量	61至100天藥量	31至60天藥量	61至100天藥量
• Solano County Enhanced • Stanislaus County Enhanced				
• San Francisco County Basic	**28%共同保險**			
層級6 – D部分疫苗 （所有計劃）	**層級6中的藥物不提供長期藥量。**			

*對於每個承保的胰島素產品，您支付的金額不會超過：

- **$70**，最多2個月藥量的層級3-5零售或郵購藥物
- **$94**，最多3個月藥量的層級3郵購藥物
- **$105**，最多3個月藥量的層級3-5零售藥物
- **$105**，最多3個月藥量的層級4-5郵購藥物

第5.5節　在本年度自付費用達到$2,400之前，您將留在初始承保階段

在總自付費用達到**$2,400**之前，您將留在初始承保階段。然後，您會進入重大傷病承保階段。

您所收到的《D部分EOB》 (Part D EOB) 可幫助您追蹤在本年度內，您本人、本計劃以及任何第三方為您支付了多少費用。並非所有會員都會在一年當中達到$2,400的自付上限。

如果您達到此金額，我們將告知您。關於聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 如何計算自付費用的更多資訊，請參閱第1.2節。

第6節　重大傷病承保階段

在重大傷病承保階段，您無需為D部分承保藥物支付任何費用。當您的自付費用達到本日曆年度**$2,400**的上限之後，您即進入重大傷病承保階段。一旦進入重大傷病承保階段，您在本日曆年度結束前將會留在此付款階段。

在此付款階段，您無需為D部分承保藥物支付任何費用。

第7節　您需為D部分疫苗支付的費用

關於您支付疫苗費用的重要訊息—部分疫苗被視為醫療福利，屬於Medicare計劃B部分的承保範圍。其他疫苗則屬於D部分藥物。您可在本計劃的《2027年完整承付藥物手冊》*(2027 Comprehensive Formulary)* 找到這些疫苗。我們的計劃承保大多數成人D部分疫苗，您無需支付任何費用。如需瞭解特定疫苗的承保範圍及成本分擔詳細資訊，請查閱本計劃的《2027年完整承付藥物手冊》，或撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡。

我們對D部分疫苗的承保範圍分為2個部分：

- 第一部分是**疫苗本身**的費用。
- 第二部分是**疫苗接種**的費用。（這有時稱為疫苗的施用。）

D部分疫苗的費用取決於以下3項因素：

1. 免疫接種諮詢委員會 (ACIP) 組織是否建議成人接種該疫苗。

- 大多數成人D部分疫苗已獲ACIP建議，並且您無需付費。

2. 您在哪裡獲得疫苗。

- 疫苗可以直接經由藥房發配，也可以經由醫生診所提供。

3. 誰為您接種疫苗。

- 藥劑師或其他保健業者可以在藥房為您接種疫苗。或者，保健業者也可以在醫生診所為您接種疫苗。

您在接種D部分疫苗時所需支付的費用，可能因情況和您所處的**藥物付款階段**而異。

- 在接種疫苗時，您可能必須支付疫苗本身的費用，以及保健業者為您接種疫苗的費用。您可要求本計劃償還我們應分擔的費用。對於大多數成人D部分疫苗，這表示您將就您所支付的全額費用獲得償付。
- 在其他情形下，當您接種疫苗時，您僅需根據D部分福利支付您的成本分擔。對於大多數成人D部分疫苗，您無需支付任何費用。

以下3個例子將說明您可以如何接種D部分疫苗。

情形1： 您在網絡藥房接種D部分疫苗。（您是否可以選擇此方式取決於您的居住地點。有些州禁止藥房提供某些疫苗。）

- 對於大多數成人D部分疫苗，您無需支付任何費用。
- 對於其他D部分疫苗，您需向藥房支付疫苗本身的共付額，其中包括為您接種疫苗的費用。
- 本計劃將會支付其餘的費用。

情形2： 您在醫生診所接種D部分疫苗。

- 在接種疫苗時，您可能必須支付疫苗本身的全額費用，以及保健業者為您接種疫苗的費用。
- 您之後可使用第7章所述的程序，請求本計劃支付我們應分擔的費用。
- 對於大多數成人D部分疫苗，您將就您所支付的全額獲得償付。對於其他D部分疫苗，您將就您所支付的費用獲得償付，但需扣除疫苗（包括接種服務）的共付額。

情形3： 您在網絡藥房購買D部分疫苗，然後將其帶到醫生診所並在該處接種疫苗。

- 對於大多數成人D部分疫苗，您無需為疫苗本身支付任何費用。
- 對於其他D部分疫苗，您將需向藥房支付疫苗本身的共付額。
- 醫生為您接種疫苗時，您可能必須支付接種服務的全額費用。
- 您可使用第7章所述的程序，請求本計劃支付我們應分擔的費用。
- 對於大多數成人D部分疫苗，您將就您所支付的全額費用獲得償付，但需扣除疫苗（包括接種服務）的任何共付額。

重要注意事項：屬於承保範圍的D部分疫苗及疫苗接種服務不收費。然而，如果您是在保健業者診所接種疫苗，您可能需支付診所就診費用。

第7章：
請求我們對承保醫療服務或藥物支付我們應分擔的帳單費用

第1節　您應要求我們支付承保服務或藥物成本分擔的情況

有時您在獲得醫療護理或處方藥時，可能需要支付全額費用。另一些時候，您可能發現自己支付的金額超出您依據本計劃承保規定所需支付的預期金額，或者您可能收到醫護人員的帳單。在這些情況下，您可以要求本計劃向您報銷。只要您為本計劃承保的醫療服務或藥物支付的費用超過您應分擔的費用，您都有權要求本計劃向您償還費用。您可能必須符合期限才能償還費用。請參閱本章第2節。

有時您可能還會收到保健業者的帳單，其中顯示您所接受之醫療護理的全額費用，或超過您成本分擔份額的費用。請先嘗試與醫護人員解決帳單問題。如果無法處理，請將帳單轉交給我們，而不是支付帳單。我們會分析帳單，確定是否應承保相關服務。若我們認定服務應獲得承保，我們會直接給付醫護人員。若我們認定無需付款，我們會通知醫護人員。您不應支付超過計劃所允許的成本分擔。如果此為簽約的保健業者，您仍有權進行治療。

以下舉例說明何時您可能需要本計劃償還您費用或支付您收到的帳單：

1. 當您從計劃網絡外保健業者處獲得急診服務或緊急需求的醫療護理時

在服務區外，您可經由任何保健業者取得急診或緊急需求服務，無論該保健業者是否在本計劃的網絡內。在這些情況下，

- 您只負責支付急診或緊急需求服務的分擔費用。急診保健業者依法律規定提供急診護理。
- 如果您在接受醫護服務時自行支付全部費用，請要求我們償還應由我們承擔的成本分擔費用。請將帳單連同您的任何付款憑證寄給我們。
- 您可能會收到保健業者的帳單，要求您支付款項，而您認為不應該由您支付。請將帳單連同您的任何付款憑證寄給我們。
    - 若應向該保健業者付費，我們會直接付款給該保健業者。
    - 如果您已支付的費用超過服務的分擔費用，我們將會確認您應支付多少費用，並將我們的分擔費用償付給您。

2. 當網絡保健業者寄給您帳單但是您認為自己不應支付時

網絡保健業者應一律將帳單直接寄給本計劃，而僅要求您支付您應分擔的費用。但是有時候他們會錯誤地要求您支付超過您應分擔的費用。

- 您僅需在接受承保服務時支付成本分擔額。我們不允許保健業者另外向您收取其他費用，稱為**差額收費**。此保障（即您決不需要支付高於本成本分擔額的費用）同樣適用於以下情況：本計劃支付給保健業者的費用少於其收取的服務費用，以及我們與保健業者發生爭議而未支付其某些費用。
- 每當您收到網絡保健業者寄給您的帳單，而您認為金額超過您應支付的金額時，請將帳單寄給我們。我們會直接與保健業者聯絡來解決帳單問題。
- 若您已經支付網絡保健業者的帳單，但您覺得您支付過多費用，請將帳單連同您的任何付款憑證寄給我們，要求我們向您償還您所支付金額與依據本計劃規定您應付金額之間的差額。

3. 如果您是追溯性入保本計劃

有時候，入保本計劃是有追溯效力的。（此是指入保第一天已經過去。入保日期甚至可能發生在去年。）

如果您是追溯性入保本計劃，且您在入保日期後為任何承保服務或藥物支付了自付費用，那麼您可要求我們償付我們本應分擔的費用。您需要提交諸如收據和帳單等書面資料給我們，以處理補償事宜。

4. 當您使用網絡外藥房配領處方藥

若您前往網絡外藥房，該藥房可能無法直接向我們提出索賠。如果遇到這種情形，您需要支付處方藥的全額費用。

請保留收據，並在您要求我們向您償還我們應分擔的費用時向我們提交收據副本。請謹記我們僅在有限情況下承保網絡外藥房。請參閱第5章第2.4節以瞭解這些情況。我們可能無法償付您在網絡外藥房取得藥物時所支付之費用，與您在網絡藥房取得該藥物時我們應支付的費用之間的差額。

5. 當您因未攜帶本計劃會員卡而需支付處方藥的全額費用時

若您未攜帶計劃會員卡，您可要求藥房致電給我們或查詢您的計劃入保資訊。如果藥房無法立即取得其所需的入保資訊，您可能需要自行支付處方藥的全額費用。

請保留收據，並在您要求我們向您償還我們應分擔的費用時向我們提交收據副本。如果您支付的現金價格高於我們協商的處方價格，我們可能不會償付您所支付的全部費用。

6. 當您在其他情況下為處方藥支付了全額費用

您可能會因為發現藥物因某些原因不屬於承保範圍，而可能需要支付處方藥的全額費用。

- 例如，藥物可能未列入本計劃藥物清單；或者，藥物可能有您不知道或您認為不應適用於您的規定或限制。如果您決定要立即配取該藥物，則您可能需要支付全額費用。
- 請保留收據，並在您要求我們向您償還費用時向我們提交收據副本。在某些情形下，我們可能需要從您的醫生處獲取更多資訊，以便向您退還我們應分擔的費用。如果您支付的現金價格高於我們協商的處方價格，我們可能不會償付您所支付的全部費用。

當您寄送付款要求給我們時，我們將會審查您的要求並決定該服務或藥物是否應屬於承保範圍。這稱為**「承保決定」**的。如果我們決定該服務或藥物應屬於承保範圍，我們將會支付我們應為該服務或藥物支付的分擔費用。如果我們拒絕您的付款要求，您可針對我們的決定提出上訴。第9章包含如何提出上訴的資訊。

第2節　如何要求我們償還您已支付的費用或支付您收到的帳單

您可以寄書面要求給我們以請求我們償還您的費用。如果您要寄書面申請，請將您已付款的任何帳單和憑證寄過來。建議您留存一份帳單和收據副本。您必須在取得服務、用品或藥物之日起12個月內（適用於C部分醫療索賠）和36個月內（適用於D部分藥物索賠）向我們提交索賠。

為確保您向我們提交我們作決定所需的所有資訊，您可填寫我們的索賠申請表來提出您的給付申請。

- 您不一定要使用索賠申請表，但是如果您使用該表格，將有助於我們加快處理資訊。
- 您可以填寫並提交我們的電子表格，並上佐證文件，以提出索賠要求付款，網址為**kp.org**。
- 從我們的網站 (**kp.org**) 下載一份表格，或撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡，並請他們寄送表格給您。請將填妥的表格郵寄到下列索賠部門的地址。
- 如果您無法取得該表格，您可以將以下資訊寄送至下列索賠部門的地址來提交您的付款要求：
- 包含以下資訊的聲明：
    - 您的姓名（會員/患者姓名）和醫療/健康記錄編號。
        - 您接受服務的日期。
        - 您在何處獲得服務。

- 由誰提供服務。
- 為什麼您認為我們應該支付服務的費用。
- 您的簽名和簽名日期。（如果您希望由本人以外的其他人提出要求，我們還需要一份填妥的「代表委任」表格，該表格可在**kp.org**取得。）
- 帳單副本、服務的醫療紀錄以及您支付服務費用的收據（若已支付）。

請將您的醫療護理付款要求連同任何帳單或付款收據郵寄至下列地址給我們：

Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 12923
Oakland, CA 94604-2923

若要求我們支付由網絡保健業者開處方，並在網絡藥房領取的D部分藥物費用，請寫信至以下地址。所有其他 Medicare 計劃 D 部分的要求，請寄至上述地址。

Kaiser Permanente
Medicare Part D Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

第3節　我們會審查您的付款要求並告知您我們是否批准

在我們收到您的付款要求之後，若我們需要您提供任何其他資訊，我們會通知您。若不需要其他資訊，我們會審查您的要求，並作出承保決定。

- 如果我們認定醫療護理或藥物屬於承保範圍，並且您已遵守所有規定，我們會支付我們的成本分擔。我們應分擔的費用可能不是您支付的全部金額（例如，如果您在網絡外藥房取得藥物，或者您為藥物支付的現金價格高於我們的協商價格）。如果您已經為服務或藥物付費，我們會將我們應分擔的費用補償寄給您。如果您尚未為服務或藥物付費，則我們會將款項直接寄給保健業者。
- 如果我們認定醫療護理或藥物不屬於承保範圍，或您沒有遵守所有規定，我們將不會支付我們的成本分擔。我們會寄信給您，說明我們不會付款的原因，以及您對該決定提出上訴的權利。

第3.1節　如果我們告訴您，我們不會支付醫療護理或藥物的部分或全部費用，您可提出上訴

如果您認為我們拒絕付款要求的決定或我們支付的金額有誤，您可提出上訴。如果您提出上訴，即表示您要求我們改變拒絕付款要求的決定。上訴程序是正式程序，有詳細的程序規定和重要的期限規定。有關如何提出此上訴的詳細資訊，請參閱第9章。

第8章：
您的權利與責任

第1節　本計劃必須尊重您的權利與文化需求

第1.1節　我們必須以便於您使用的方式提供資訊，同時符合您的文化敏感度（以英文以外的其他語言、大字版、點字版、音訊檔案或資料CD）

我們的計劃需要確保所有服務，都能在文化能力上為所有參保人提供包括臨床和非臨床服務，包括英語水準或閱讀能力有限、聽力喪失，或具有不同文化和族裔背景的人。我們的計劃能如何滿足這些便利設施要求的範例包括但不限於：提供筆譯服務、口譯服務、電傳打字機或聽障及語障電話專線（文字電話或電傳打字機電話）的聯繫。

本計劃提供免費口譯服務，為非英語的會員解答疑問。如有需要，我們也可免費為您提供英文以外的語言（包括西班牙文和中文）、大字版、點字版、音訊檔案或資料CD的資訊。我們必須以您能夠使用且適用於您的格式為您提供計劃福利相關資訊。若要經由我們取得您能夠使用的資訊，請致電會員服務部，電話號碼：**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）。

本計劃需要在婦女常規及預防保健服務方面，向女性入保人提供直接於網絡內婦女健康專科醫生處就診的選項。如果我們計劃網絡中的醫護人員無法提供某專科，我們計劃有責任在網絡外找到專科醫護人員，並為您提供所需的醫護服務。在此情況下，您僅需支付網絡內成本分擔費用。如果您發現我們計劃的網絡內沒有包含您自身所需之服務的專科醫生，請致電我們計劃，瞭解如何以網絡內成本分擔之方式獲取服務的相關資訊。

如果您在透過本計劃獲取您能夠使用且適用於您之格式的資訊、於婦女健康專科醫生處就診，或於尋找網絡內專科醫生時遭遇任何困難，請致電會員服務部提交投訴，電話號碼：**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）。您也可以致電**1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) 向聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 提出不滿，或者致電**1-800-368-1019**或聽障及語障電話專線 (TTY) **1-800-537-7697**，向民權辦公室直接投訴。

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, large font, braille, audio file, or data file)

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan can meet these accessibility requirements include, but aren't limited to, provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English-speaking members. We can also give you information in languages other than English including Spanish and Chinese, and large font, braille, audio file, or data file at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at **1-800-443-0815** (TTY users call **711**).

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services. If providers in our plan's network for a specialty aren't available, it's our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you'll only pay in-network cost-sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost-sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Member Services at **1-800-443-0815** (TTY users call **711**). You can also file a complaint with Medicare by calling **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) or directly with the Office for Civil Rights **1-800-368-1019** or TTY **1-800-537-7697**.

Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de un modo adecuado para usted y que sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos al inglés, en letra grande, en braille, archivo de audio o en CD de datos)

Nuestro plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con habilidades de lectura y dominio del inglés limitadas, discapacidad auditiva o a los miembros de diversos orígenes étnicos y culturales. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, proporcionar servicios de traducción, servicios de interpretación, de teletipo o TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación disponibles sin costo para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible en idiomas que no son inglés, incluso en español y en chino y, si lo necesita, en letra grande, braille, archivo de audio o CD de datos sin ningún costo. Tenemos la obligación de darle información acerca de los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de una forma que se adapte a sus necesidades, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (si es usuario de TTY, llame al **711**).

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para la mujer.

Si los proveedores de la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan buscar proveedores fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas dentro de la red de nuestro plan que cubran el servicio que necesita, llame a nuestro plan para recibir información sobre a dónde acudir para obtener este servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para ver a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame a Servicio a los Miembros para presentar una queja formal al **1-800-443-0815** (si es usuario de TTY, llame al **711**). También puede presentar una queja informal en Medicare llamando al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019** o al TTY **1-800-537-7697**.

第1.2節 我們必須確保您及時獲得您的承保服務和藥物

您有權從本計劃網絡中選擇一名基本保健業者 (Primary Care Provider, PCP)，由其為您提供並安排各項承保服務。您也有權在不需要取得轉介的情況下去看婦女健康專科醫生（如婦科醫生）以及第3章第2.2節所述的其他保健業者。

您有權在合理的時間範圍內從本計劃的保健業者網絡獲得約診和承保服務。這包括在您需要醫護服務時，及時獲得專科醫生服務的權利。您也有權在任何網絡藥房配領或續配處方藥，而不受到長時間的延誤。

如果您認為自己沒有在合理的時間範圍內獲得醫療護理或D部分藥物，第9章會向您說明您可以採取哪些措施。

第1.3節　我們必須保護您個人健康資訊的私隱

聯邦和州法律會保護您醫療紀錄和個人健康資訊的隱私。我們按照此類法律的規定保護您的個人健康資訊。

- 您的個人健康資訊包括您在入保本計劃時提供給我們的個人資訊、您的醫療紀錄及其他醫療和健康資訊。
- 您擁有與您資訊和控制您健康資訊如何使用的相關權利。我們會為您提供一份稱為「保護私隱通知」的書面通知，以為您說明這些權利以及我們如何保護您健康資訊的私隱。

我們如何保護您健康資訊的私隱？

- 我們確保未經授權者不會看到或更改您的紀錄。
- 除下列所註明的情況外，如果我們要向沒有為您提供醫護服務，或沒有為您支付您醫護費用的任何人士提供您的健康資訊，我們必須先取得您的書面許可，或取得您依法授權代您作決定之人士的書面許可。
- 在某些例外情形下，我們無需事先獲得您的書面許可。這些例外情形是法律所允許或法律所要求。
    - 我們必須向檢查醫護品質的政府機構披露健康資訊。
    - 因為您是透過聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 成為本計劃的會員，因此我們必須向聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 提供您的健康資訊，其中包括您的D部分藥物資訊。如果聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 為了研究或其他目的公開您的資訊，將會按照聯邦法規及規定行事。通常，針對您的獨有資訊會要求不可分享。

您可查閱您紀錄中的資訊並瞭解該資訊如何與他人分享

您有權查看由本計劃保存並與您有關的醫療紀錄，並獲得您紀錄的副本。我們可以就影印副本向您收費。您也有權要求我們增補或修改您的醫療記錄。如果您請求我們進行此類變更，我們會與您的保健業者共同決定是否應當進行相關變更。

您有權瞭解自己的健康資訊如何為了非常規目的而與他人分享。

如果您對您個人健康資訊的私隱有任何問題或疑慮，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡。

第1.4節　我們必須向您提供有關本計劃、本計劃保健業者網絡和承保服務的資訊

身為本計劃的會員，您有權從本計劃獲得數種類型的資訊。

如果您需要以下任何類型的資訊，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡：

- **有關本計劃的資訊**。例如包括有關本計劃財務狀況的資訊。
- **有關我們網絡保健業者和藥房的資訊。**您有權獲得關於網絡內保健業者資格及藥房的資訊，以及我們如何向網絡內保健業者支付費用。
- **與您的承保範圍以及您在使用保險時必須遵守的規定有關的資訊。**第3章和第4章提供有關醫療服務的資訊。第5章和第6章提供有關D部分藥物承保範圍的資訊。

- **與哪些項目不屬於承保範圍以及您可以採取之行動有關的資訊。**第9章提供有關如何要求取得書面說明的資訊，以瞭解為何某項醫療服務或D部分藥物不屬於承保範圍或受到限制。第9章還提供要求我們變更決定（也稱為上訴）的資訊。

第1.5節　您有權瞭解您的治療選項，並參與和您健康護理有關的決策

您有權從醫生和其他保健業者處獲取完整資訊。您的保健業者必須以您能瞭解的方式解釋您的病症和治療選擇。

您也有權充分參與有關您健康護理的決定。為了協助您與醫生共同決定何種治療最適合您，您享有以下權利：

- **瞭解您所有的選擇。**您有權得知適用於您病症的所有建議治療選項，無論其費用如何，也無論其是否屬於本計劃的承保範圍。您也有權得知本計劃為了幫助會員管理藥物和安全用藥而提供的各項計劃。
- **瞭解相關風險。**您有權得知與您醫護服務有關的任何風險。如有任何建議的醫療護理或治療屬於研究實驗的一部分，您必須事先被告知。您可以隨時選擇拒絕接受任何實驗性治療。
- **拒絕的權利。**您有權拒絕任何建議的治療。這包括出院或使用其他醫療設施的權利，即使您的醫生建議您不要出院亦然。您也有權停止服藥。如果您拒絕接受治療或停止服藥，您必須對您自己身體因此發生的後果全權負責。

您有權在您無法為自己作出醫療決定時，就您希望採取的醫療措施提供指示

有時，人們可能由於遭遇意外事故或重病而無法為自己作出健康護理決定。您有權說明如果您遇到這種情形，您想要怎麼做。換句話說，如果您希望的話，您可以：

- 填寫一份書面表格以授予**他人法律權力**，在您無法為自己作醫療決定時**代您作決定**。
- **向您的醫生提供書面指示，**告訴醫生在您無法為自己作決定時，您希望醫生如何處理您的醫療護理。

在此類情形下，您可用於事先給予指示的法律文件稱為「事前醫護指示」。生前遺囑及健康護理授權書等文件都是事前醫護指示的示例

如何設立事前醫護指示以提供指示：

- **取得表格。**您可以通過律師、社工或某些辦公用品商店取得預立醫囑表格。您有時也可從向人們提供Medicare資訊的機構獲得預先授權表格。您也可以撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡。

- **填寫該表格並在表格上簽名。**無論您從哪裡獲得該表格，它都是一份法律文件。您可考慮請律師來幫助您填寫該表格。
- **請將表格的複本交給適當的人員。**您應將表格的複本交給您的醫生，以及您在表格上指定在您無法作決定時可以代您作決定的人士。您可能希望將副本交由好友或家人儲存。在家保留一份複本。

如果您預先知道將要住院，而且您已經簽署事前醫護指示，**請攜帶一份複本前往醫院**。

- 醫院會詢問您是否曾簽署預立醫囑表格，並且是否隨身攜帶。
- 如果您尚未簽署預立醫囑表格，醫院可提供表格並詢問您是否希望簽署。

是否要填寫事前醫護指示完全由您自己決定（包括您在住院時是否願意簽署該表格）。根據法律規定，任何人均不得因為您是否有簽署事前醫護指示而拒絕向您提供醫護服務或歧視您。

如果您的指示沒有受到遵循

如果您簽署了事前醫護指示，而且您認為醫生或醫院未遵循事前醫護指示中的指示，您可向第2章第4節所列的品質改進組織提出投訴。

第1.6節　您有權提出投訴，並要求我們重新審查我們的決定

如果您有任何問題、疑慮或投訴，需要申請承保或提出上訴，本文件的第9章會為您說明該怎麼做。無論您是要求承保決定、提出上訴，還是提出投訴，**我們都必須公平地對待您**。

第1.7節　如果您認為自己受到不公平待遇或者您的權利未得到尊重該怎麼辦？

如果您認為自己因人種、殘障、宗教、性別、健康狀況、族裔、信條（信仰）、年齡或原國籍而受到不公平對待、尊嚴未獲得尊重或權利未受到保障，請撥打**1-800-368-1019**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**1-800-537-7697**）與美國健康與民眾服務部**民權辦公室**聯絡，或打電話給您當地的民權辦公室。

如果您認為自己受到不公平待遇或您的權利未受到保障，而該情況不涉及歧視，您可透過下列方法針對您的問題獲得幫助：

- **撥打會員服務部免費電話1-800-443-0815（聽障及語障電話專線使用者請致電711）**
- **撥打1-800-434-0222與您當地的SHIP聯絡**。
- **撥打1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**1-877-486-2048**）**與聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 聯絡**

第1.8節　如何獲取與您權利有關的更多資訊

可透過以下方式獲取有關您的權利的更多資訊：

- **撥打1-800-443-0815（聽障及語障電話專線使用者請撥打711）與本計劃的會員服務部聯絡**
- **撥打1-800-434-0222與您當地的SHIP聯絡**。
- **與聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 聯絡**
  - 訪問**Medicare.gov**以閱讀《聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 權利與保障》*(Medicare Rights & Protections)*（請點選：**《聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 權利與保障》**）
  - 撥打**1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**)（TTY使用者請撥打**1-877-486-2048**）

第1.9節　有關新技術評估的資訊

快速更新的技術對健康護理和醫學的影響程度如同對其他任何行業的影響程度。為了確定某新藥物或其他醫學發展是否有長遠效益，本計劃仔細監測並評估新技術，以便將其納入承保福利。這些技術包括醫療程序、醫療器材和新藥物。

第1.10節　您可提出有關權利和責任的建議

身為本計劃的會員，您有權對本章內包含的權利和責任提出建議。如有任何建議，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡。

第2節　您身為本計劃會員的責任

以下列出您身為本計劃會員需要做的事情。如有問題，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡。

- **瞭解您的承保服務和獲得這些承保服務時必須遵守的規定。**使用本《承保範圍說明書》，以瞭解哪些項目屬於承保範圍以及您在獲得承保服務時需要遵守的規定。
  - 第3章和第4章提供有關醫療服務的詳細資訊。
  - 第5章和第6章提供有關D部分藥物承保範圍的詳細資訊。
- **如果您除了本計劃之外還有任何其他健康保險或藥物保險，您必須告知我們。**
  - 第1章為您說明有關這些福利的協調事宜。
- **告知您的醫生和其他保健業者您已入保本計劃。**在您接受醫療護理或領取D部分藥物時出示您的計劃會員卡。

- **向醫生和其他醫護人員提供資訊、提出問題並追蹤您的醫護以協助醫生和其他醫護人員為您提供幫助。**
    - 為協助取得最好的醫護服務，請將您的健康問題告訴您的醫生和其他保健業者。遵守您和您的醫生商定的治療計劃和指示。
    - 盡可能瞭解自己的健康問題並與您的醫護人員共同擬定雙方均同意的治療目標。
    - 確保您的醫生瞭解您服用的所有藥物，包括非處方藥、維生素和補充劑。
    - 如果您有任何問題，請務必詢問並獲取您能理解的答案。
- **體諒他人。**我們希望所有會員都尊重其他患者的權利。我們也希望您的行事方式有助於醫生診所、醫院和其他辦公室順利運作。
- **支付您應付的費用。**身為計劃會員，您有責任支付下列款項：
    - 您必須持續支付Medicare B部分的保費，才能保有本計劃的會員資格。
    - 針對本計劃為您承保的大多數醫療服務或藥物，您在獲得服務或藥物時必須支付您應分擔的費用。
    - 如果您因年收入而必須支付額外的D部分費用，您必須直接向政府繼續支付該額外費用，才能保有本計劃的會員資格。
- **如果您在計劃的服務區內搬家，我們需要知道**，以便我們能將您的會員記錄保持在最新狀態，並知道您的聯絡方式。
- **如果您搬到本計劃的服務區外，您將不能繼續保有本計劃的會員資格。**
- **如果您搬家，請告知社會安全局（或鐵路退休委員會）。**

第9章：
如果您有問題或需要投訴（承保決定、上訴及投訴）

第1節　如果您有問題或疑慮該怎麼辦

本章說明處理問題和疑慮的2種流程：

- 針對某些問題，您需要採用**承保決定和上訴流程**。
- 針對其他問題，您需要採用**投訴流程**（亦稱為申訴）。

這兩種流程均已獲得聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 批准。每種流程皆有一套您和我們皆必須遵守的規定、程序和期限。

本章中的資訊將可幫助您判別要使用的正確流程和您應如何處理。

第1.1節　法律術語

本章解釋了某些規定、程序和期限類型的法律術語。其中許多術語對於大多數人來說都是陌生的。為了方便理解，本章使用較為熟悉的詞彙來代替一些法律術語。

然而，瞭解正確的法律術語有時很重要。為了幫助您瞭解可使用哪些術語獲得正確協助或資訊，我們在詳細說明特定類型情況的處理方式時附上了法律術語。

第2節　從何處獲得更多資訊及個人化幫助

我們隨時準備為您提供幫助。即使您對我們與您的治療有抱怨，我們也有義務尊重您的投訴權。您應隨時撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡以尋求幫助。在某些情況下，您可能希望通過與該計劃無關的人士獲得協助或指導。可以為您提供幫助的兩個組織是：

州健康保險協助計劃 (SHIP)

每一個州都有訓練有素的顧問所組成的政府計劃。該計劃與本計劃或任何保險公司或保健計劃均無關聯。該計劃的顧問可協助您瞭解您應使用何種程序來處理您所面臨的問題。他們也可以解答您的問題，向您提供更多資訊，並告訴您應當怎麼做。

SHIP顧問的服務是免費的。您可撥打**1-800-434-0222**（聽障及語障電話專線**711**）與HICAP（加州的SHIP）聯絡。

聯邦醫療保險計劃 (Medicare)

您也可聯絡聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 以獲得幫助。

- 請撥打**1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**)，服務時間為每週7天，每天24小時。聽障及語障電話專線使用者請撥打**1-877-486-2048**。
- 或訪問**Medicare.gov**。

第3節　您的問題應使用哪項流程處理

您的問題或疑慮是否涉及理賠或承保？

這包括有關醫療護理（醫療用品、服務和／或Medicare計劃B部分藥物）是否屬於承保範圍和其承保方式的問題，以及與醫療護理付款相關的問題。

可以。

請參閱**第4節「承保決定與上訴指南」**。

否。

請參閱**第10節「如何提出有關醫護品質、候診時間、客戶服務或其他疑慮的投訴」**。

承保決定和上訴

第4節　承保決定與上訴指南

承保決定和上訴旨在處理與您的福利及醫療護理（服務、用品和Medicare計劃B部分藥物，包括付款）承保範圍相關的問題。為求簡單起見，我們通常將醫療用品、服務和Medicare B部分藥物稱為醫療護理。您可使用承保決定和上訴流程來處理諸如某項目是否屬於承保範圍和承保方式等問題。

在獲得服務之前詢問我們是否決定承保

如果您希望在獲得醫療護理之前先瞭解我們是否承保該醫療護理，您可要求我們為您作出承保決定。承保決定是指我們針對您的理賠福利和承保範圍，或者為您的醫療護理給付金額而作出的決定。例如，如果您的計劃網絡醫生將您轉診給網絡外專科醫生，則該轉診將被視為有利的承保決定，除非您或您的網絡醫生能夠證明，您收到了該專科醫生的標準拒絕服務通知，或者《承保範圍說明書》明確指出該轉診服務在任何情況下都不屬於承保範圍。如果您的醫生不確定我們是否承保某特定醫療服務，或拒絕提供您認為自己需要的醫療護理，您或您的醫生也可以與我們聯絡並要求我們作出承保決定。

在少數特定情況下，針對承保決定的請求將會駁回，也就是說，我們不會審查該請求。駁回請求的範例包括請求不完整、由未取得合法授權者代您提出請求，或者您主動要求撤回請求。如果我們駁回作出承保決定的請求，我們會寄送通知解釋駁回請求的原因，以及如何要求對駁回決定進行審查。

當我們決定您的承保範圍及我們需給付的金額時，我們即是在作出承保決定。在某些情形下，我們可能會決定醫療護理不屬於承保範圍，或者不再為您提供承保。如果您不同意該承保決定，您可提出上訴。

提出上訴

無論在您接受福利前還是接受福利後，如果我們作了承保決定而您對該決定感到不滿，您可針對該決定提出**上訴**。上訴是指正式要求我們審核或更改我們已經作出的承保決定。在某些情況下，您可申請承保決定的加急或**快速上訴**。您的上訴將由作出原始決定以外的審議人進行處理。

當您第一次對某項決定提出上訴時，這稱為1級上訴。在此上訴期間，我們會對承保決定進行審查，以核查並瞭解我們是否正確地遵守規定。審查完成後，我們會向您告知我們的決定。

在少數特定情況下，1級上訴的請求將會駁回，也就是說，我們不會審查該請求。駁回請求的範例包括請求不完整、由未取得合法授權者代您提出請求，或者您主動要求撤回請求。如果我們駁回1級上訴的請求，我們會寄送通知解釋駁回請求的原因，以及如何要求對駁回決定進行審查。

如果我們拒絕您的全部或部分1級醫療護理上訴，您的上訴將自動進入2級上訴，該級上訴由與我們沒有關係的獨立審查組織進行。

- 您無需做任何事來提起2級上訴。聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的規定要求，如果我們不完全同意您的1級上訴，我們會自動將您的醫療護理上訴提交到2級上訴。
- 有關2級醫療護理上訴的更多資訊，請參閱**第5.4節**。
- D部分上訴在第6節中有更詳細的說明。

如果您對2級上訴的決定不滿，您可能可以繼續進行更高級別的上訴（本章說明3、4、5級的上訴流程）。

第 4.1節　在您要求作出承保決定或提出上訴時獲得幫助

如果您決意要求作出任何類型的承保決定，或對決定提出上訴，請利用以下資源：

- **撥打會員服務部免費電話1-800-443-0815（聽障及語障電話專線使用者請致電711）**
- 您可以從州健康保險協助計劃**取得免費幫助**

- **您的醫生可代您提出要求。**如果您的醫生對超過2級的上訴提供協助，則需委任他們作為您的代表。請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡，並索取「代表委任書」表格。（**CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf**或本公司網站**kp.org**也有提供該表格。）
    - 對於醫療護理或Medicare計劃B部分藥物，您的醫生可以代您申請承保決定或提出1級上訴。如果您的1級上訴遭到拒絕，該上訴將會自動轉送至2級上訴。
    - 對於D部分藥物，您的醫生或其他處方醫師可代您申請承保決定或提出1級上訴。如果您的1級上訴被拒絕，您的醫生或處方醫師可提出2級上訴。
- **您可以要求他人代您行事。**您可以指定其他人擔任您的代表代您行事，替您申請承保決定或提出上訴。
    - 如果您希望朋友、親戚或其他人擔任您的代表，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡並索取「代表委任書」表格。（**CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf**或本公司網站**kp.org**也有提供該表格。）該表格可以用來授予他人代表您的權限。該表格必須由您本人以及您希望代表您的人士簽名。您必須將已簽署的表格複本交給我們。
    - 即使沒有該表格，我們也會受理由代表提出的上訴要求，但在收到該表格之前，我們無法完成審查。如果我們在對您的上訴作出決定的截止日期之前沒有收到該表格，您的上訴要求將被駁回。如發生此類情況，我們將會寄書面通知給您，說明您有權要求獨立審查組織對我們駁回您上訴的決定進行審查。
- **您也有權僱用律師。**您可與自己的律師聯絡，或者從您當地的律師協會或其他轉介服務獲得律師的姓名。如果您符合資格，有團體會為您提供免費法律服務。不過，您在申請任何類型的承保決定或針對決定提出上訴時，**您不一定要雇用律師**。

第4.2節　適用於不同情況的規定和截止期限

有4種不同情況涉及承保決定和上訴。每種情況都有不同的規則和期限。我們在以下小節針對每種情況給予詳細資訊：

- **第5節：**醫療護理：如何申請承保決定或提出上訴
- **第6節：**您的D部分藥物：如何申請承保決定或提出上訴
- **第7節：**如果您認為自己過早出院，如何要求我們承保更長的住院時間
- **第8節：**如果您認為您的保險太早終止，如何要求我們繼續承保某些醫療服務（僅適用於以下服務：居家健康護理、專業護理院醫療護理和綜合門診復健設施(CORF)服務）

如果您不確定哪些資訊適用於您，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡。您也可以從州健康保險協助計劃 (SHIP) 獲得幫助或資訊。

第5節　醫療護理：如何申請承保決定或提出上訴

第5.1節　如果您在獲得醫療護理承保時遇到問題，或者您希望我們針對您的醫護服務向您償付我們應分擔的費用，本節將會告訴您該怎麼做

醫療護理福利會在第4章的「醫療福利表」中加以說明。在某些情況下，B部分藥物的申請將適用不同的規定。如發生此類情況，我們將會說明Medicare計劃B部分藥物的規定和醫療用品及服務的規定有何差異。

本節說明如果您處於以下5種情形中的任何一種情形時可以如何處理：

1. 您未能獲得您希望得到的某些醫療護理，並且您認為該醫療護理屬於本計劃的承保範圍。**申請承保決定。第5.2節。**

2. 本計劃沒有批准您醫生或其他保健業者希望向您提供的醫療護理，而您認為該醫療護理屬於本計劃的承保範圍。**申請承保決定。第5.2節。**

3. 您獲得了您認為本計劃應承保的醫療護理，但我們表示我們將不會支付該醫療護理的費用。**提出上訴。第5.3節。**

4. 您接受了您認為應屬於本計劃承保範圍的醫療護理且您已為其付費，因而您想要求本計劃向您補償該醫療護理的費用。**將帳單寄給我們。第5.5節。**

5. 您被告知，我們先前批准且您一直以來所接受的某些醫療護理承保即將縮減或終止，而您認為縮減或終止該醫療護理可能會損害您的健康。**提出上訴。第5.3節。**

註：如果即將終止的承保涉及醫院醫療護理、居家健康護理、專業護理院醫療護理或綜合門診復健設施 (CORF) 服務，您需要閱讀第7節和第8節。有特殊規定適用於此類醫療護理。

第5.2節　如何申請承保決定

法律術語：

當承保決定涉及您的醫療護理時，稱為**「組織裁決」**。

「快速承保決定」稱為**「加急裁決」**。

第1步：決定您是需要標準承保決定還是需要快速承保決定。

當醫療用品或服務需遵守我們的事前授權書規定時，標準承保決定通常在7個日曆日內作出，對於其他所有醫療用品和服務，則在14個日曆日內作出，對於Medicare計劃B部分藥物，則在72小時內作出。一般在72小時內作出醫療服務的快速承保決定，或在24小時內作出B部分藥物的快速承保決定。如欲獲得快速承保決定，您必須符合2個要求：

- 您只能要求承保醫療用品和／或服務（不得為您已獲得的用品和／或服務要求付款）。
- 只有在採用標準期限可能會嚴重損害您的健康或會損害您恢復健康的能力時，您才能獲得快速承保決定。

如果您的醫生告訴我們，您的健康狀況需要作出快速承保決定，我們將會自動同意為您作出快速承保決定。

如果您自行申請快速承保決定，而沒有得到您醫生提供的佐證，我們將根據您的健康狀況決定是否必須為您作出快速承保決定。如果我們沒有批准快速承保決定，我們會寄信給您：

- 說明我們將採用標準期限。
- 說明如果您的醫生要求快速承保決定，我們將自動提供快速承保決定。
- 說明您可以對我們給您標準承保決定而非您要求的快速承保決定提出快速投訴。

第2步：要求本計劃作出承保決定或快速承保決定。

- 首先致電、寫信或發傳真給我們的計劃，要求我們授權或為您希望獲得的醫療護理提供承保。您本人、您的醫生或您的代表都可以提出申請。聯絡資訊請見第2章。

第3步：我們將會審查您的醫療護理承保申請並給您答覆。

針對標準承保決定，我們採用標準期限。

這意味著，我們將在收到您對符合我們事先授權規則的醫療用品或服務的請求後7個日曆日內給您答覆。如果您所要求的醫療用品或服務不受我們事先授權規則的約束，我們將在收到您的要求後14個日曆日內回覆您。如果您的要求是針對Medicare計劃B部分藥物，我們將在收到您要求後的72小時內給您答覆。

- **但**如果您的要求是針對醫療用品或服務，**且**您要求延長時間，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，則**我們最多可花費額外14個日曆日的時間**。如果我們花費更多的天數，我們會以書面方式告知您。如果您的要求是針對Medicare計劃B部分藥物，我們不得花費額外時間來作出決定。
- 如果您認為我們不應花費額外時間，您可提出快速投訴。我們一旦對您的投訴做出決定即會給您答覆。（提出投訴的流程與承保決定和上訴的流程不同。有關投訴的資訊，請參閱第10節。）

針對快速承保決定，我們採用加急時限。

如果您是針對醫療項目或服務提出請求，快速承保決定意味著我們將在72小時內給您答覆。如果您的要求是針對Medicare計劃B部分藥物，我們將在24小時內給您答覆。

- **但**如果您的要求是針對醫療用品或服務，**且**您要求延長時間，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，則**我們最多可花費額外14個日曆日**的時間。如果我們花費更多的天數，我們會以書面方式告知您。如果您的要求是針對Medicare計劃B部分藥物，我們不得花費額外時間來作出決定。
- 如果您認為我們不應花費額外時間，您可提出快速投訴。（有關投訴的資訊請參閱第10節。）一旦作出決定，我們會立即致電通知您。
- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的要求，我們將會寄給您書面聲明，解釋我們拒絕的理由。

第4步：如果我們拒絕您的醫療護理承保請求，您可以上訴。

- 如果我們拒絕，則您有權藉由提出上訴來要求我們重審該項決定。這表示再次要求以取得您想要的醫護承保。如果您提出上訴，這表示您將進入1級上訴流程。

第5.3節　如何提出1級上訴

法律術語：

針對醫療護理承保決定向本計劃提出的上訴稱為「計劃**重新審查**」。

快速上訴也稱為**加急重新審查**。

第1步：決定您是需要標準上訴還是快速上訴。

標準上訴通常在30個日曆日內完成，對於Medicare計劃B部分藥物，則通常在7個日曆日內完成。快速上訴一般在72小時內提出。

- 如果您對我們就您的護理承保做出的決定提出上訴，您和／或您的醫生將決定您是否需要快速上訴。如果您的醫生告訴我們，您的健康狀況需要進行快速上訴，我們將會為您進行快速上訴。
- 獲得快速上訴的要求與第5.2節所述獲得快速承保決定的要求相同。

第2步：向本計劃提出上訴或快速上訴

- **如果您要求標準上訴，請提交您的書面標準上訴。**聯絡資訊請參閱第2章。
- **如果您要求快速上訴，請提交您的書面上訴或打電話給我們。**聯絡資訊請參閱第2章。

- **您必須在**我們為了告知您承保決定的答覆而寄送之書面通知日期起的**65個日曆日內提出上訴要求**。如果您錯過此期限，但您有錯過期限的正當理由，請在提出上訴時說明您延遲上訴的理由。我們可能會給您更多時間讓您提出上訴。正當理由的示例可能包括因重病而使您無法與我們聯絡，或者我們針對申請上訴向您提供的截止期限資訊有誤或不完整。
- **您可以索取有關您醫療決定的資訊複本。您和您的醫生可以提供更多資訊作為您上訴的佐證。**我們獲准向您收取影印和寄送這些資訊給您的費用。

第3步：我們會審查您的上訴並給您答覆。

- 當本計劃審查您的上訴時，我們會仔細查看所有資訊。我們會查看以確認在拒絕您的申請時，我們是否有遵守所有規定。
- 我們將視需要收集更多的資訊，並可能聯絡您或您的醫生。

快速上訴的期限

- 針對快速上訴，我們必須在**收到您上訴後的72小時內**給您答覆。如果您因健康狀況所需，我們將提前給您答覆。
  - 但如果您的要求是針對醫療用品或服務，且您要求延長時間，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，則**我們最多可花費額外14個日曆日**的時間。如果我們花費更多的天數，我們會以書面方式告知您。如果您的要求是針對Medicare計劃B部分藥物，我們不得花費額外時間。
  - 如果我們不能在72個小時內（或在延長期限結束前）沒有給您答覆，我們必須自動將您的要求轉到2級上訴流程，屆時您的上訴將由獨立審查組織進行審查。獨立審查組織在收到您的上訴時，將會以書面方式通知您。第 5.4 節說明 2 級上訴程序。
- **如果我們的答覆是批准您部分或全部的要求，**我們必須在收到您上訴後的72小時內授權或提供我們同意提供的保險。
- **如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的要求，**我們會自動將您的上訴轉交給獨立審查組織進行2級上訴。獨立審查組織在收到您的上訴時，將會以書面方式通知您。

標準上訴的期限

- 針對標準上訴，我們必須在收到您上訴後的**30個日曆日內**給您答覆。如果您的要求是針對您尚未獲得的Medicare計劃B部分藥物，我們將在收到您上訴後的**7個日曆日內**給您答覆。如果您的健康狀況使我們必須更快作出決定，我們會提前給您答覆。

- 但如果您的要求是針對醫療用品或服務，且您要求延長時間，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，則**我們最多可花費額外14個日曆日**的時間。如果我們花費更多的天數，我們會以書面方式告知您。如果您的要求是針對Medicare計劃B部分藥物，我們不得花費額外時間來作出決定。
- 如果您認為我們不應花費額外的天數，您可提交快速投訴。如果您提出快速投訴，我們將會在24小時內針對您的投訴給您答覆。（有關投訴的資訊，請參閱本章第10節。）
- 如果我們未能在截止日期（或在延長期限結束前）前給您答覆，我們會將您的要求送交2級上訴，屆時將由獨立審查組織審查您的上訴。獨立審查組織在收到您的上訴時，將會以書面方式通知您。第 5.4 節說明 2 級上訴程序。

- 如果您的要求是針對醫療用品或服務，**而我們的答覆是批准您部分或全部的要求，**則我們必須在30個日曆日內授權或提供保險，或者如果您的要求是針對Medicare計劃B部分藥物，則必須在**7個日曆日內**授權或提供保險。
- **如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的上訴，**我們會自動將您的上訴送交獨立審查組織進行2級上訴。獨立審查組織在收到您的上訴時，將會以書面方式通知您。

第5.4節　2級上訴流程

法律術語：
「獨立審查組織」的正式名稱是**「獨立審查機構」**。有時稱為**「IRE」**。

獨立審查組織是由聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 聘請的獨立組織。該組織與我們沒有關聯，也不是政府機構。此組織判定我們所做的決定是否正確或應變更。其工作由聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 監督。

第1步：獨立審查組織審查您的上訴。

- 我們會將有關您上訴的資訊發送給該組織。這些資訊稱為您的**個案檔案**。**您有權向我們索取您個案檔案的複本**。我們可以向您收取影印和寄送這些資訊給您的費用。
- 您有權向獨立審查組織提供更多資訊，來為您的上訴提供佐證。
- 獨立審查組織的審議人將會仔細審核與您上訴相關的所有資訊。

如果您曾提出1級快速上訴，您的2級上訴也將以快速上訴的方式進行。

- 針對快速上訴，獨立審查組織必須在收到您上訴後的**72小時內**，對您的2級上訴給您答覆。

- 如果您的要求是針對醫療用品或服務，且獨立審查組織需要收集可能對您有利的更多資訊，**其可能最多需要額外14個日曆日的時間**。如果他們花費額外時間，他們將會以書面方式通知您。如果您的要求是針對Medicare計劃B部分藥物，則獨立審查組織不得花費額外時間來作出決定。

如果您曾提出1級標準上訴，您的2級上訴也將以標準上訴的方式進行。

- 針對標準上訴，如果您的要求是針對醫療用品或服務，獨立審查組織必須在收到您上訴後的**30個日曆日內**，對您的2級上訴給您答覆。如果您的要求是針對Medicare計劃B部分藥物，則獨立審查組織必須在收到您上訴後的**7個日曆日內**，對您的2級上訴給您答覆。
- 如果您的要求是針對醫療用品或服務，且獨立審查組織需要收集可能對您有利的更多資訊，**其可能最多需要額外14個日曆日的時間**。如果他們花費額外時間，他們將會以書面方式通知您。如果您的要求是針對Medicare計劃B部分藥物，則獨立審查組織不得花費額外時間作出決定。

第2步：獨立審查組織給您答覆。

獨立審查組織將以書面形式告知您他們的決定，並說明理由。

- **如果獨立審查組織批准醫療用品或服務的部分或全部要求**，我們必須在收到獨立審查組織針對**標準要求**所作的決定後，於**72小時**內授權醫療護理承保，或在14個日曆日內提供服務。針對**加急要求**，在收到獨立審查組織決定之日起，我們有**72小時**的時間。
- **如果獨立審查組織批准Medicare計劃B部分藥物的部分或全部要求**，我們必須在收到獨立審查組織針對標準要求所作的決定後，於**72小時**內授權或提供Medicare計劃B部分藥物。針對**加急要求**，在收到獨立審查組織決定之日起，我們有**24小時**的時間。
- **如果該組織拒絕您部分或全部的上訴**，這表示該組織同意我們的決定，認為您的醫療護理承保要求（或您要求中的部分項目）不應獲得批准。（此稱為**「維持決定」**或**「駁回您的上訴」**。）在此情況下，獨立審查組織將會向您寄送包含以下內容的信函：
    - 解釋該決定。
    - 如果醫療護理承保的美元價值達到最低要求，則會通知您具有3級上訴權利。您從獨立審查組織收到的書面通知，將會告訴您所需符合的美元金額才能繼續上訴程序。
    - 也就是告訴您如何提交3級上訴。

第3步：如果您的個案符合規定，您可選擇是否要提出進一步上訴。

- 在2級上訴之後，上訴流程還有其他3個級別（總共有5級上訴）。如果您要進行3級上訴，在您2級上訴後所收到的書面通知中有如何提出3級上訴的詳細說明。
- 3級上訴將由行政法官或律師裁判官進行處理。第9節說明3級、4級和5級上訴流程。

第5.5節　如果您想要求我們支付您收到之醫療護理帳單中我們應分擔的費用

第7章說明您何時可能需要申請補償，或要求我們支付您收到的保健業者帳單。該章節也會說明如何寄送申請給付的書面文件給我們。

申請費用報銷就是要求我們作出承保決定

如果您將申請報銷的文件寄給我們，表明您要求我們做出承保決定。為了做出此決定，我們將會審查您所支付的醫療護理是否獲得承保。我們也將核查您是否遵守規定來使用醫療護理保險。

- **如果我們批准您的要求：**如果醫療護理屬於承保範圍，且您有遵守規定，我們通常會在收到您要求後的30個日曆日內（最晚不超過60個日曆日），寄送我們的成本分擔款項給您。如果您尚未支付醫療護理費用，我們將直接付款給保健業者。
- **如果我們拒絕您的要求：**如果醫療護理不屬於承保範圍，或者您沒有遵守所有規定，我們將不會寄送付款。反之，我們將寄信給您，告知您我們將不會支付該醫療護理，並說明理由。

如果您對我們的拒絕決定有異議，**您可提出上訴**。如果您提出上訴，這表示您要求我們改變我們在拒絕您付款要求時所作的承保決定。

如欲提出此上訴，請遵守第5.3節中的上訴流程。針對有關補償的上訴，請注意：

- 我們必須在收到您的上訴後60個日曆日內給您答覆。如果您要求我們補償您已接受並支付的醫療護理費用，則您不得要求快速上訴。
- 如果獨立審查組織判定我們應該給付，我們必須在 30 個日曆日內向您或保健業者付款。如果我們在您2級上訴後的上訴流程中的任何階段核准您的上訴，我們必須在60個日曆日內將您要求的給付寄送給您或保健業者。

第6節　D部分藥物：如何申請承保決定或提出上訴

第6.1節　如果您在獲得D部分藥物時遇到問題，或者您希望我們針對D部分藥物向您償付費用，本節將會告訴您該怎麼做

您的福利承保許多處方藥。如欲取得承保，藥物必須用於醫學上公認的適應症。（請參閱第5章以瞭解更多有關醫學上公認的適應症的資訊。）有關D部分藥物、規定、限制和費用的詳細資訊，請參閱第5章和第6章。**本節僅涉及您的D部分藥物。**為了簡單起見，我們一般在本節的其他部分將使用「藥物」一詞，而不是每次重複「承保門診處方藥」或「D部分藥物」。我們也使用藥物清單一詞代替《承保藥物清單》或《2027年完整承付藥物手冊》。

- 如果您不知道某藥物是否承保，或您是否符合規定，請詢問我們。部分藥物需要您得到我們的批准後，我們才會為您承保。
- 如果藥房告知您，您的處方藥無法按醫生要求配領，您會收到藥房發出的書面通知，說明如何與我們聯絡以尋求承保決定。

D部分承保決定及上訴

法律術語：
有關您D部分藥物的初步承保決定稱為**「承保裁決」。**

承保決定是我們針對您的理賠福利和承保範圍，或者為您給付的金額所作的決定。本節說明如果您處於以下任何情形時可以如何處理：

- 要求承保未列於《2027年完整承付藥物手冊》的D部分藥物。**請求例外處理。第6.2節**
- 要求免除本計劃對藥物承保範圍的限制（例如您可以獲得的藥量限制、事前授權書標準或先嘗試其他藥物的要求）。**請求例外處理。第6.2節**
- 要求對較高成本分擔層級的承保藥物支付較低的成本分擔費用。**申請例外處理。第6.2節**
- 要求取得藥物的事先批准。**申請承保決定。第6.4節**
- 支付您已購買的處方藥。**要求我們向您償付費用。第6.4節**

如果您對我們所作的承保決定有異議，您可對我們的決定進行上訴。

本節將告訴您如何申請承保決定以及如何提出上訴。

第6.2節　要求例外處理

法律術語：

要求承保未列於藥物清單上的藥物屬於**承付藥物手冊例外處理**。

要求取消某項藥物的承保限制屬於**承付藥物手冊例外處理**。

要求為屬於承保範圍的非首選藥物支付較低費用屬於**層級例外處理。**

如果某項藥物沒有按照您希望的方式獲得承保，您可要求我們進行**例外處理**。例外處理是一種承保決定。

為了讓我們審核您的例外要求，您的醫生或其他處方醫師需要說明您需要例外批准的醫療理由。以下是3個您或醫生或其他處方醫師可要求我們做出例外處理的範例：

1. **承保未列於藥物清單上的D部分藥物。**如果我們同意承保未列於藥物清單上的藥物，您將需為專科層級藥物支付適用於層級5藥物的成本分擔額，或為學名藥支付適用於層級2藥物的成本分擔額。如果我們同意承保未列於藥物清單中的藥物，您不得針對我們要求您支付的藥物成本分擔額申請例外處理。
2. **取消對承保藥物的限制。**第5章說明了適用於藥物清單上某些藥物的額外規定或限制。如果我們同意進行例外處理，並為您免除限制，您可針對我們要求您為藥物支付的成本分擔額申請例外處理。
3. **將藥物的承保範圍變更為較低的成本分擔層級。**藥物清單上的每種藥物均屬於六個成本分擔層級中的其中一個層級。一般而言，成本分擔層級越低，您需為藥物支付的成本分擔越少。

- 如果藥物清單中有可治療您疾病的替代藥物，且其與您的藥物相比，屬於更低的成本分擔層級，則您可要求我們以適用於該替代藥物的成本分擔金額來承保您的藥物。
- 如果您服用的藥物是生物製品，您可以要求我們以較低的成本分擔金額承保您的藥物。這將是包含用於治療您病情之生物製品替代品的最低層級。
- 如果您正在服用的藥物是品牌藥，您可要求我們以適用於包含可治療您病情之替代品牌藥的最低層級成本分擔金額來承保您的藥物。
- 如果您正在服用的藥物是非品牌藥，您可要求我們以適用於包含可治療您病情之替代品牌藥或非品牌藥的最低層級成本分擔金額來承保您的藥物。
- 您不能要求我們更改層級5（專科層級藥物）內任何藥物的成本分擔層級。
- 如果我們批准您對層級例外處理的要求，且您不能服用的替代藥物有一個以上較低的成本分擔層級，則您通常僅支付最低金額。

第6.3節　有關要求例外處理的重要須知事項

您的醫生必須告訴我們醫療理由

您的醫生或其他處方醫師必須向我們提供聲明，以解釋您要求例外處理的醫療理由。如欲更快得知決定，在申請例外處理時，請附上由您醫生或其他處方開立者所提供的上述醫療資訊。

我們的藥物清單通常包括一種以上可治療特定病症的藥物。這些不同的可能藥物選項稱為**替代**藥物。如果某種替代藥物與您要求的藥物同樣有效，且不會引起更多的副作用或其他健康問題，我們一般不會核准您提出的例外處理請求。如果您向我們提出層級例外處理要求，除非所有成本分擔層級較低的替代藥物對您皆無效或可能導致不良反應或其他傷害，否則我們一般不會批准您提出的例外處理要求。

我們可能會批准也可能會拒絕您的要求

- 如果我們批准您提出的例外處理申請，我們的批准通常在計劃年度結束之前均有效，只要您的醫生繼續為您開立該藥物，而且該藥物對治療您的病症仍然安全有效，核准在年底之前皆會維持有效。
- 如果我們拒絕您的要求，您可提出上訴申請再次審查。

第6.4節　如何申請承保決定，包括例外處理

法律術語：
「快速承保決定」稱為**「加急承保裁決」。**

第1步：決定您是需要標準承保決定還是需要快速承保決定。

標準承保決定是在我們收到您要求後的**72小時**內作出。**快速承保決定**是在我們收到您要求後的**24小時**內作出。

如果您的健康狀況有必要，請要求我們為您提供快速承保決定。如欲獲得快速承保決定，您必須符合2項要求：

- 您尚未取得所申請藥物。（針對您已購買的藥物，您不得針對費用償付申請快速承保決定。）
- 使用標準期限可能對您的健康造成嚴重危害，或損害您的身體機能。
- **如果您的醫生或其他處方醫師告訴我們，您的健康狀況需要快速承保決定，我們將會自動為您提供快速承保決定。**

- **如果您自行申請快速承保決定，而沒有得到您醫生或處方醫師提供的佐證，我們將根據您的健康狀況決定是否必須為您提供快速承保決定**。如果我們未批准快速承保決定，我們會寄信給您：
    - 說明我們將採用標準期限。
    - 說明如果您的醫生或其他處方醫師要求快速承保決定，我們將會自動為您提供快速承保決定。
    - 告訴您如何就我們給您標準承保決定，而非您要求的快速承保決定，提交快速投訴。我們會在收到您的投訴的24小時內給于答覆。

第2步：請求標準承保決定或快速承保決定。

首先請打電話、寫信或傳真給本計劃，要求我們為您希望獲得的醫療護理提供授權或承保。您也可以透過我們的網站進行承保決定流程。我們必須接受所有書面要求，包括透過*CMS*保險裁決申請表範本提交的要求，您可在我們的網站 (**kp.org**) 上獲取該表格。聯絡資訊請見第2章。為了幫助我們處理您的要求，請提供您的姓名、聯絡資訊以及可證明您正在針對哪一項遭拒索賠提出上訴的相關資訊。

您本人、您的醫生（或其他處方醫師）或您的代表均可對此處理。您也可由律師擔任您的代表。第4節為您說明該如何以書面方式准許他人擔任您的代表。

- **如果您要申請例外處理，請提供佐證聲明**以作為例外處理的醫療理由。您的醫生或其他處方醫師可以將該聲明傳真或郵寄給我們。或者您的醫生或其他處方醫師也可先打電話給我們，然後如有必要，再將書面聲明傳真或郵寄給我們。

步驟3：我們審核您的要求並給您答覆。

快速承保決定的期限

- 我們一般必須在收到您要求後的**24小時內**給您答覆。
    - 針對例外處理，我們會在收到您醫生的佐證聲明後24小時內給您答覆。如果因您的健康狀況所需，我們將提前答覆。
    - 如果我們未能符合該期限，則我們必須將您的要求送交2級上訴流程，屆時將由獨立審查組織進行審查。如果您的要求已被送交獨立審查組織，我們會以書面方式通知您。
- **如果我們的答覆是批准您部分或全部的要求，**我們必須在收到您要求或醫生為您的要求提供佐證聲明後的24小時內提供我們同意提供的保險。
- **如果我們的答覆是拒絕您的部分或全部要求，**我們將會寄給您書面聲明，解釋我們拒絕的理由。我們也會告知您該如何提出上訴。

針對您尚未取得之藥物作出標準承保決定的期限

- 我們一般必須在收到您要求後的**72小時內**給您答覆。
  - 針對例外處理，我們會在收到您醫生的佐證聲明後72小時內給您答覆。如果因您的健康狀況所需，我們將提前答覆。
  - 如果我們未能符合該期限，則我們必須將您的要求送交2級上訴流程，屆時將由獨立審查組織進行審查。如果您的要求已被送交獨立審查組織，我們會以書面方式通知您。
- **如果我們的答覆是批准您部分或全部的要求，**我們必須在收到您要求或醫生為您的要求提供佐證聲明後的**72小時內提供**我們同意提供的**保險**。
- **如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的要求，**我們將會寄書面聲明給您，解釋我們拒絕的理由。我們也會告知您該如何提出上訴。

針對給付您已購買之藥物作出標準承保決定的期限

- 我們必須在收到您要求後的**14個日曆日**內給您答覆。
  - 如果我們未能符合該期限，則我們必須將您的要求送交2級上訴流程，屆時將由獨立審查組織進行審查。如果您的要求已被送交獨立審查組織，我們會以書面方式通知您。
- **如果我們的答覆是批准您部分或全部的要求，**我們也必須在收到您要求後的14個日曆日內向您提供付款。
- **如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的要求，**我們將會寄書面聲明給您，解釋我們拒絕的理由。我們也會告知您該如何提出上訴。

第4步：如果我們拒絕您的承保請求，您可提出上訴。

- 如果我們拒絕，則您有權藉由提出上訴來要求我們重審該項決定。這表示可以再次請求，以取得您想要的藥物承保。如果您提出上訴，表示您將進入1級上訴流程。

第6.5節　如何提出1級上訴

法律術語：

針對本計劃D部分藥物承保決定所提出的上訴稱為**「計劃重新裁決」**。

「快速上訴」也稱為**「加急重新裁決」**。

第1步：決定您是需要標準上訴還是快速上訴。

標準上訴一般在7個日曆日內提出。快速上訴一般在72小時內提出。如對您的健康狀況有必要，可要求進行快速上訴。

- 如果我們針對您尚未獲得的藥物作出決定而您欲針對我們的決定提出上訴，您和您的醫生或其他處方醫師將需要決定您是否需要進行快速上訴。
- 獲得快速上訴的規定與本章第6.4節獲得快速承保決定的規定相同。

第2步：您本人、您的代表、醫生，或其他處方醫師必須聯絡我們並提出您的1級上訴。如果您因健康狀況需要迅速獲得回應，您必須申請快速上訴。

- **針對標準上訴，請提交書面要求**。聯絡資訊請參閱第2章。
- **針對快速上訴，請以書面形式提交上訴或撥打1-800-443-0815**與我們聯絡。聯絡資訊請參閱第2章。
- **我們必須接受所有書面要求，**包括透過CMS重新裁決申請表範本提交的要求，您可在我們的網站 (**kp.org**) 上獲取該表格。請提供您的姓名、聯絡資訊以及有關您索賠的資訊，以幫助我們處理您的要求。
- **您必須**在我們寄送書面通知告知您承保決定答覆之日起的**65個日曆日**內**提出上訴**要求。如果您錯過此期限，但您有錯過期限的正當理由，請在提出上訴時說明您延遲上訴的理由。我們可能會給您更多時間讓您提出上訴。正當理由的示例可能包括因重病而使您無法與我們聯絡，或者我們針對申請上訴向您提供的截止期限資訊有誤或不完整。
- **您可索取與您上訴有關的資訊複本並提供更多資訊。**您和您的醫生可以提供更多資訊作為您上訴的佐證。我們獲准向您收取影印和寄送這些資訊給您的費用。

第3步：我們會審查您的上訴並給您答覆。

- 當我們審查您的上訴時，我們會再次仔細查看有關您的承保請求的所有資訊。我們會查看以確認在拒絕您的申請時，我們是否有遵守所有規定。我們可能會聯絡您或您的醫生或其他處方開立者，以獲得更多資訊。

快速上訴的期限

- 針對快速上訴，我們必須在**收到您上訴後的72小時內**給您答覆。如果您因健康狀況所需，我們將提前給您答覆。
    - 如果我們未能在72小時內給您答覆，則我們必須將您的請求送交2級上訴流程，屆時將由獨立審查組織進行審查。如果您的要求已被送交獨立審查組織，我們會以書面方式通知您。第 6.6 節說明 2 級上訴程序。

- **如果我們的答覆是批准您部分或全部的要求，**我們必須在收到您上訴後的72小時內提供我們同意提供的保險。
- **如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的要求**，我們將會寄書面聲明給您，解釋我們拒絕的理由以及您可以如何針對我們的決定提出上訴。

針對您尚未取得之藥物的標準上訴期限

- 針對標準上訴，我們必須在收到您上訴後的**7個日曆日內**給您答覆。如果您尚未取得藥物，而您的健康狀況需要我們更快作出決定，我們會提前為您作出決定。
  - 如果我們未能在7個日曆日內作出決定，則我們必須將您的請求送交2級上訴流程，屆時將由獨立審查組織進行審查。如果您的要求已被送交獨立審查組織，我們會以書面方式通知您。第 6.6 節說明 2 級上訴程序。
- **如果我們的答覆是批准您部分或全部的要求**，我們必須根據您的健康狀況所需盡快提供保險，但最遲不超過我們收到您上訴後的**7個日曆日**。
- **如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的要求**，我們將會寄書面聲明給您，解釋我們拒絕的理由以及您可以如何針對我們的決定提出上訴。

針對給付您已購買之藥物的標準上訴期限

- 我們必須在收到您要求後的**14個日曆日內**給您答覆。
  - 如果我們未能遵守該期限，我們必須將您的要求送交2級上訴流程，屆時將由獨立審查組織進行審查。如果您的要求已被送交獨立審查組織，我們會以書面方式通知您。
- **如果我們的答覆是批准您部分或全部的要求，**我們也必須在收到您要求後的**30個日曆日**內向您進行付款。
- **如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的要求，**我們將會寄書面聲明給您，解釋我們拒絕的理由。我們也會告知您該如何提出上訴。

第4步：如果我們拒絕您的上訴，您可決定是否要繼續進行上訴流程以提出進一步上訴。

- 如果您決定再次提出上訴，這表示您將進入2級上訴流程。

第6.6節　如何提出2級上訴

法律術語：
「獨立審查組織」的正式名稱是**「獨立審查機構」**。有時稱為**「IRE」**。

獨立審查組織是由聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 聘請的獨立組織。其與我們沒有關聯，也不是政府機構。此組織判定我們所做的決定是否正確或應變更。其工作由聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 監督。

第1步：您本人（或您的代表、醫生或其他處方醫師）必須與獨立審查組織聯絡，並要求審查您的個案。

- 如果我們拒絕您的1級上訴，我們寄給您的書面通知將包括有關**如何向獨立審查組織提出2級上訴的說明**。這些說明將告訴您誰能夠提出此2級上訴，您必須遵守的期限及如何與獨立審查組織聯絡。
  - **您必須在**書面通知日期起的**65個日曆日內提出上訴要求。**
- 如果我們未能在適用期限內完成審查，或者我們在藥物管理計劃中的**風險**評估作出對您不利的決定，我們會自動將您的要求轉交給獨立審查機構 (IRE)。如果您的要求已被送交獨立審查組織，我們會以書面方式通知您。
- 我們會將與您上訴有關的資訊寄送給獨立審查組織。這些資訊稱為您的**個案檔案**。**您有權向我們索取您個案檔案的複本**。我們可以向您收取影印和寄送這些資訊給您的費用。
- 您有權向獨立審查組織提供更多資訊，來為您的上訴提供佐證。

第2步：獨立審查組織審查您的上訴。

獨立審查組織的審議人將會仔細審核與您上訴相關的所有資訊。

快速上訴的期限

- 如果您因健康狀況所需，請要求獨立審查組織作出快速上訴。
- 如果組織同意為您進行快速上訴，組織必須在收到您上訴要求後的**72小時內**針對您的2級上訴給您答覆。

標準上訴的期限

- 針對標準上訴，如果您的2級上訴是針對您尚未取得的藥物，獨立審查組織必須在收到您上訴後的**7個日曆日內**，針對您的上訴給您答覆。如果您要求我們向您償付您已購買的藥物，獨立審查組織必須在收到您要求後的**14個日曆日內**，針對您的2級上訴給您答覆。

第3步：獨立審查組織給您答覆。

針對快速上訴：

- **如果獨立審查組織批准您部分或全部的要求，**我們必須在收到獨立審查組織決定後的**24小時內**提供獨立審查組織所批准的藥物保險。

針對標準上訴：

- **如果獨立審查組織批准您部分或全部的保險要求**，我們必須在收到獨立審查組織決定後的**72小時內提供**獨立審查組織所批准的**藥物保險**。
- **如果獨立審查組織批准**針對您已購買的藥物**向您償付費用的部分或全部要求**，我們必須在收到獨立審查組織決定後的**30個日曆日內將款項寄給您**。

如果獨立審查組織拒絕您的上訴該怎麼辦？

如果該組織拒絕您**部分或全部的**上訴，這表示他們同意我們未批准您要求（或您部分要求）的決定。（這稱為**「維持決定」**。也稱為**「駁回上訴」**）。在此情況下，獨立審查組織將會向您寄送包含以下內容的信函：

- 解釋該決定。
- 如果您所申請的藥物承保的美元價值達到最低要求，則會通知您具有3級上訴權利。如果所申請的藥物承保的價值過低，您不能進一步上訴，這意味著2級上訴的決定是最終決定。
- 告訴您若要繼續上訴，爭議金額必須達到多少美元。

第4步：如果您的個案符合規定，您可選擇是否要提出進一步上訴。

- 在2級上訴之後，上訴流程還有3個級別（總共有5級上訴）。
- 如果您要繼續進行3級上訴，在您2級上訴決定所收到的書面通知中，有提供如何進行的詳細說明。

3級上訴將由行政法官或律師裁判官進行處理。本章第9節將詳細介紹3級、4級和5級上訴流程。

第7節　如果您認為自己過早出院，如何要求我們承保更長的住院時間

在您入住醫院時，您有權獲得傷病診斷和治療所需的所有承保醫院服務。

在您的承保住院期間，您的醫生和醫院工作人員會與您合作，為您的出院日做好準備。他們會幫助安排您出院後可能需要的醫護服務。

- 您離開醫院的日期稱為**「出院日期」**。
- 當您的出院日期確定後，您的醫生或醫院工作人員會告訴您。
- 如果您認為被要求過早出院，您可要求延長住院時間，您的請求會獲得考慮。

第7.1節　您在住院期間將會收到聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 告知您權利的書面通知

在入住醫院後的2個日曆日內，您將會收到一份書面通知，稱為「與您權利有關的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 重要訊息」*(An Important Message from Medicare about Your Rights)*。所有Medicare會員都會收到一份該通知的副本。如果您未從醫院的相關人員（例如社工或護士）那裡得到通知，請向醫院員工索取。如果您需要幫助，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）或**1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**)（聽障及語障電話專線使用者請撥打**1-877-486-2048**）。

1. **請仔細閱讀該通知，如果您有不瞭解之處，請提出問題。**該通知將告訴您：
   - 在住院期間和出院之後，您有權按照醫生醫囑獲得Medicare承保服務。這包括瞭解服務內容、誰為服務付費以及您在何處可以獲得服務的權利。
   - 您有權參與有關您住院的任何決定。
   - 向何處報告您對醫院醫療護理品質的任何疑慮。
   - 如果您認為自己過早出院，您有權對此出院決定**要求立即審查**。此為申請延期出院的正式合法方式，旨在讓我們承保更長時間的醫院醫療護理。
2. **您必須簽署該書面通知，表示您已收到通知並瞭解您的權利。**
   - 您或您的代表必須簽署該通知。
   - 簽署通知僅表示您已收到與您權利有關的資訊。通知並不指明您的出院日期。簽署通知**並不表示**您同意出院日期。
3. **請保留通知**的複本，以便在您需要時能取得提出上訴（或通報醫護品質疑慮）的相關資訊。
   - 如果您在出院之前兩個日曆日以上簽署該通知，您將在預定出院日期前收到另一份副本。
   - 如果要事先查閱該通知的複本，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）或**1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) 與會員服務部聯絡。TTY使用者請致電**1-877-486-2048**。您也可以在線上取得該通知，網址為**CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im**。

第7.2節　如何提出1級上訴，要求變更您的出院日期

如果您希望我們延長對住院服務的承保，請採用上訴流程提出此請求。在您開始之前，請瞭解您需要採取的行動及相關期限。

- **遵守流程**
- **遵守期限**

- **如有需要，請尋求幫助。**如果您有問題或需要幫助，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡。或致電您所在州的州健康保險協助計劃 (SHIP) 部門，以獲得個人化幫助。加州的州健康保險協助計劃 (SHIP) 稱為健康保險輔導及倡導計劃 (**www.aging.ca.gov/HICAP/**)。請撥打**1-800-434-0222** 與健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 聯絡。

在1級上訴期間，品質改進組織會審查您的上訴。該組織會核查您的預定出院日期在醫療上對您是否適當。**品質改進組織**是一個由醫生及其他保健專業人員組成的團體，由聯邦政府支付費用，負責檢查並幫助改善聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 受益人的醫護品質。這包括審查Medicare入保者的出院日期。這些專家不屬於本計劃的一部分。

第1步：請聯絡您所在州的品質改進組織，並要求立即審查您的出院情況。您必須快速行動。

您如何與該組織聯絡？

- 您收到的書面通知（「與您權利有關的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 重要訊息」）會告訴您如何與該組織聯絡。或在第2章找到您所在州的品質改進組織名稱、地址和電話號碼。

迅速採取行動：

- 如欲提出上訴，您必須在出院之前與品質改進組織聯絡，**最遲不得晚於您出院當日的午夜。**
  - **如果您有遵守該期限**，在您等候品質改進組織作出決定的期間，您可在出院日期之後留在醫院，而無需為此付費。
  - **如果您錯過此期限，請聯絡我們。**如果您決定在預定出院日期之後繼續住院，則您可能必須為您在預定出院日期後所接受的醫院醫療護理支付費用。
- 在您針對您的出院申請立即審查後，品質改進組織將會與我們聯絡。在我們接獲聯絡後的次日中午，我們會為您提供**「詳細出院通知」**。該通知會列出您的預定出院日期，並詳細說明為何您的醫生、醫院或我們認為您在該日期出院是正確的（具有醫療適當性）。
- 您可以撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）或**1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) 與會員服務部聯絡，以索取「**詳細出院通知**」的樣本。TTY使用者請致電**1-877-486-2048**。或者，您可以在線上取得該通知的樣本，網址為**CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im**。

第2步：品質改進組織對您的個案進行獨立審查。

- 品質改進組織的健康專業人員（審議人）將會詢問您（或您的代表），為何您認為應繼續承保該服務。您無需準備任何書面資料，但如果您願意，您也可以準備。

- 審議人也將查看您的醫療資訊，與您的醫生討論，並審查由我們和醫院提供的資訊。
- 在審議人告知我們您的上訴後的當天中午之前，您將收到我們的書面通知，告知您的預定出院日期。該通知也詳細說明為何您的醫生、醫院以及我們，為何認為您即將出院的日期是正確的（醫療上適當的）。

第3步：在收到所有必要資訊後的一天內，品質改進組織將針對您的上訴給您答覆。

如果答覆是核准將會如何？

- 如果獨立審查組織批准，**只要您的承保住院服務是醫療上必要的服務，我們便必須繼續為您提供這些服務。**
- 您將必須繼續支付您應分擔的費用（例如適用的免賠額或共付額）。此外，您的承保住院服務可能會有限制。

如果答覆是拒絕將會如何？

- 如果獨立審查組織拒絕，這表示您的預定出院日期具有醫療適當性。如果發生此類情況，**我們為您提供的住院病人醫院服務保險**將在品質改進組織針對您上訴給您答覆後的次日中午終止。
- 如果獨立審查組織拒絕您的上訴，而您決定繼續住院，**您可能必須**就您在品質改進組織針對您上訴給您答覆後之次日中午後所獲得的醫院醫療護理**支付全額費用**。

第4步：如果您的1級上訴的結果為拒絕，您可決定是否要提出進一步上訴。

- 如果品質改進組織拒絕您的上訴，且您在預定出院日期後仍繼續住院，您可再次提出上訴。提出進一步上訴表示您將進入2級上訴流程。

第7.3節　如何提出2級上訴，要求變更您的出院日期

在2級上訴期間，您請求品質改進組織再次審查我們對您第一次上訴所做的決定。如果品質改進組織拒絕您的2級上訴，您可能必須在預定出院日期之後，支付全額住院費用。

第1步：請與品質改進組織聯絡，並要求再次進行審查。

- 您必須在品質改進組織拒絕您1級上訴次日起的**60個日曆日內**申請此項審查。僅有在您於醫護服務承保終止日期後還繼續住院的情形下，您才能申請此項審查。

第2步：品質改進組織會針對您的情況進行第二次審查。

- 品質改進組織的審議人將會仔細審核與您上訴相關的所有資訊。

第3步：在收到您2級上訴要求後14個日曆日內，審議人將會針對您的上訴作出決定，並且告訴您該決定。

如果獨立審查組織同意您的上訴請求：

- **我們必須**針對您在品質改進組織駁回您第一次上訴次日中午起所接受的醫院醫療護理，將我們的成本分擔**償付給您。只要您的住院醫療護理是醫療上必要的服務，我們便必須繼續為您承保這項服務**。
- 您必須繼續支付您應分擔的費用，而且可能有承保限制。

如果獨立審查組織拒絕您的上訴請求：

- 這說明他們同意其在您1級上訴時所作的決定。此稱為「維持決定」。
- 您收到的書面通知將告訴您，如果您想繼續進行審查流程，您該採取什麼行動。

第4步：如果答覆是拒絕，您將需決定您是否要進一步提出3級上訴。

- 在2級上訴之後，上訴流程還有3個級別（總共有5級上訴）。如果您要進行 3 級上訴，在您 2 級上訴決定所收到的書面通知中，有提供如何進行的詳細說明。
- 3級上訴將由行政法官或律師裁判官進行處理。本章第9節將詳細介紹3級、4級和5級上訴流程。

第8節　如果您認為您的保險太早終止，如何要求我們繼續承保某些醫療服務

當您獲得承保**的居家健康服務、專業技能護士護理或復健醫療護理（綜合門診復健設施）**時，只要該醫護服務是診斷和治療您疾病或傷勢所需，您便有權繼續獲得此類醫護服務。

當我們決定停止為您承保這3類醫護服務中的任何一項服務時，我們必須事先告訴您。在該醫護服務的保險終止後，我們將會停止針對您的醫護服務支付我們的成本分擔。

如果您認為我們太快終止您的醫護服務保險，**您可針對我們的決定提出上訴**。本節將會告訴您如何提出上訴。

第8.1節　當您的承保即將終止時，我們將會事先告訴您

法律術語：

「聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 拒保通知」(Notice of Medicare Non-Coverage)。本節將會告訴您如何申請**快速上訴。**申請快速上訴是以正式合法的方式，要求我們變更關於何時終止您醫護服務的承保決定。

1. 您會在本計劃即將停止承保您醫護服務的至少2個日曆日前**收到書面通知**。該通知會告訴您：

- 我們將停止您的醫護承保的日期。
- 如何請求進行快速上訴，以請求我們延長您的醫護承保時間。

2. 您或您的代表必須簽署該書面通知，以表示您已收到。簽署通知僅表示您有收到與您保險何時終止有關的資訊。**簽署通知並不表示您同意**本計劃停止提供醫護服務的決定。

第8.2節　如何提出 1 級上訴，讓本計劃延長對您醫護服務的承保

如果您想請求我們延長醫護承保，則需要透過上訴流程來提出該請求。在您開始之前，請瞭解您需要採取的行動及相關期限。

- **遵守流程。**
- **遵守期限。**
- **如有需要，請尋求幫助。**如果您有問題或需要幫助，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡。或致電您所在州的州健康保險協助計劃 (SHIP) 部門，以獲得個人化幫助。加州的州健康保險協助計劃 (SHIP) 稱為健康保險輔導及倡導計劃 (**www.aging.ca.gov/HICAP/**)。請撥打**1-800-434-0222** 與健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 聯絡。

在1級上訴期間，品質改進組織會審查您的上訴。該組織判定您的預定出院日期在醫療上是否適當。**品質改進組織**是一個由醫生及其他保健專家組成的團體，由聯邦政府支付費用，負責檢查並幫助改善聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 受益人的醫護品質。這包括審查我們依據該計劃何時停止特定類型醫護承保的決定。這些專家不屬於本計劃的一部分。

第1步：提出1級上訴：請聯絡品質改進組織並申請快速上訴。您必須快速採取行動。

您如何與該組織聯絡？

- 您收到的書面通知（聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 拒保通知）會告訴您如何與該組織聯絡。或在第2章找到您所在州的品質改進組織名稱、地址和電話號碼。

迅速採取行動：

- 您必須在「聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 拒保通知」中**生效日期前一天中午之前**，與品質改進組織聯絡以開始進行上訴。
- 如果您錯過截止期限，而您想提出上訴，您仍享有上訴權。請使用「聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 拒保通知」中的聯絡資訊與品質改進組織聯絡。您也可以在第2章找到您所在州的品質改進組織名稱、地址和電話號碼。

第2步：品質改進組織對您的個案進行獨立審查。

法律術語：
「拒保詳細說明」(Detailed Explanation of Non-Coverage)。提供終止保險詳細原因的通知。

該審查的步驟如何？

- 品質改進組織的健康專業人員（審議人）將會詢問您或您的代表，為何您認為我們應繼續承保服務。您無需準備任何書面資料，但如果您願意，您也可以準備。
- 獨立審查組織也將查看您的醫療資訊，與您的醫生討論，並審查由本計劃提供的資訊。
- 在審議人告知我們您提出上訴的當天結束前，您將收到我們的「拒保詳細說明」，詳細解釋我們停止承保您服務的原因。

第3步：在收到所有必要資訊後的一天內；審議人將會告知您其決定。

如果審議人同意您的上訴請求，將會如何？

- 如果審議人批准您的上訴，則只要您的承保服務是醫療上必要的服務，**我們就必須繼續為您提供該承保服務。**
- 您將必須繼續支付您應分擔的費用（例如適用的免賠額或共付額）。您的承保服務可能會有限制。

如果審查人員拒絕您的上訴請求，將會如何？

- 如果審議人拒絕您的上訴，則**您的保險將在我們告訴您的日期終止。**
- 如果您決定在保險終止日期之後繼續接受居家健康護理、專業護理院醫療護理或綜合門診復健設施 (CORF) 服務，**則您將必須自行支付此醫護服務的全額費用**。

第4步：如果您的1級上訴的結果為拒絕，您可決定是否要提出進一步上訴。

- 如果審議人拒絕您的1級上訴，而您選擇在醫護服務保險終止後繼續接受醫護服務，則您可提出2級上訴。

第8.3節　如何提出2級上訴，讓本計劃延長對您醫護服務的承保

在2級上訴期間，您要求品質改進組織再次審查我們對您第一次上訴所作的決定。如果品質改進組織駁回您的2級上訴，在我們告訴您保險將終止的日期之後，您可能必須為您所接受的居家健康護理、專業護理院醫療護理，或綜合門診復健設施 (CORF) 服務支付全額費用。

第1步：請與品質改進組織聯絡，並要求再次進行審查。

- 您必須在品質改進組織拒絕您1級上訴次日起的**60個日曆日內**申請此項審查。僅有在您於醫護服務承保終止日期後還繼續接受醫護服務的情形下，您才能申請此項審查。

第2步：品質改進組織會針對您的情況進行第二次審查。

- 品質改進組織的審議人將會仔細審核與您上訴相關的所有資訊。

第3步：在收到您上訴要求後的14個日曆日內，審議人將針對您的上訴作出決定，並且將決定告訴您。

如果獨立審查組織同意您的上訴請求，將會如何？

- **我們必須向您償付**自我們表示您的保險將要終止之日起，您所接受的醫護服務中我們應分擔的費用。只要您的醫護服務是醫療上必要的，**我們就必須繼續承保**該醫護服務。
- 您必須繼續支付您應分擔的費用，而且可能有承保限制適用。

如果獨立審查組織拒絕您的上訴請求，將會如何？

- 這說明他們同意在您進行1級上訴時自己所作的決定。
- 您收到的書面通知將告訴您，如果您想繼續進行審查流程，您該採取什麼行動。該通知將會提供如何繼續進行下一級上訴的詳細資訊，屆時將由行政法官或律師裁判官處理。

第4步：如果您的上訴遭到拒絕，您將需決定是否要進行進一步上訴。

- 在2級上訴之後，上訴還有3個級別（總共有5級上訴）。如果您要繼續進行3級上訴，在您2級上訴決定所收到的書面通知中，有提供如何進行的詳細說明。
- 3級上訴將由行政法官或律師裁判官進行處理。第9節將詳細介紹3級、4級和5級上訴流程。

第9節　提出3級、4級和5級上訴

第9.1節　　3級、4級和5級醫療服務上訴要求

如果您已提出1級上訴和2級上訴，而且兩次上訴均被拒絕，本節可能適用於您。

如果您上訴之項目或醫療服務的金額達到特定最低限額，您可繼續提出更高級別的上訴。如果金額沒有達到最低限額，您將不能進一步上訴。您在2級上訴中所收到的書面答覆將說明如何提出3級上訴。

在涉及上訴的大多數情形下，最後三級上訴的運作方式與前兩級大致相同。以下介紹了在每個級別的上訴中將由誰審查您的上訴。

3級上訴

聯邦政府所聘僱的**行政法官**或律師裁判官將會審查您的上訴並給您答覆。

- **如果行政法官或律師裁判官批准您的上訴，上訴流程可能就此結束也可能尚未結束。**與2級上訴決定不同的是，針對有利於您的3級上訴決定，我們有權提出上訴。如果我們決定提出上訴，則將進入4級上訴。
  - 如果我們決定不提出上訴，我們必須在收到行政法官或律師裁判官決定後的60個日曆日內授權或向您提供醫療護理。
  - 如果我們決定對該決定提出上訴，我們會連同任何隨附文件，寄給您一份4級上訴請求副本。在授權或提供具有爭議之醫療護理前，我們可能會等候4級上訴的決定。
- **如果行政法官或律師裁判官拒絕您的上訴，上訴流程可能就此結束也可能尚未結束**。
  - 如果您決定接受拒絕您上訴的這個決定，上訴流程即結束。
  - 如果您不想接受該決定，可繼續進入下一級審查流程。您收到的通知將告訴您如何進行4級上訴。

4級上訴

聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 上訴委員會（以下簡稱「委員會」）將審查您的上訴並給您答覆。該委員會是屬於聯邦政府的一部分。

- **如果答覆是批准，或者如果委員會拒絕我們針對對您有利的3級上訴決定所提出的審查要求，上訴流程可能就此結束也可能尚未結束。**與2級上訴決定不同的是，針對有利於您的4級上訴決定，我們有權提出上訴。我們將會決定是否要針對此決定提出5級上訴。
  - 如果我們決定不針對該決定提出上訴，我們必須在收到委員會決定後的60個日曆日內授權或向您提供醫療護理。
  - 如果我們決定對該決定提出上訴，我們將會以書面方式告訴您。
- **如果答覆是拒絕，或者如果委員會拒絕審查要求，上訴流程可能就此結束也可能尚未結束**。
  - 如果您決定接受拒絕您上訴的這個決定，上訴流程即結束。
  - 如果您不接受該決定，則可以繼續進入下一級審查流程。如果委員會拒絕您的上訴，您收到的通知將會告訴您按照規定您是否可以繼續提出5級上訴，以及如何繼續提出5級上訴。

5級上訴

聯邦地方法院的法官將會審查您的上訴。

- 法官將審查所有資訊，並決定批准或拒絕您的要求。這是最終答覆。在聯邦地方法院之後沒有更高的上訴級別。

第9.2節　D部分藥物的3級、4級和5級上訴要求

如果您已提出1級上訴和2級上訴，而且兩次上訴均被拒絕，本節可能適用於您。

如果您上訴的藥物費用達到一定金額，您可以進行更高級別的上訴。如果金額較少，您將不能進一步上訴。您在2級上訴中所獲得的書面答覆，將說明可與誰聯絡，以及應如何提出3級上訴。

在涉及上訴的大多數情形下，最後三級上訴的運作方式與前兩級大致相同。以下介紹了在每個級別的上訴中將由誰審查您的上訴。

3級上訴

聯邦政府所聘僱的行政法官或律師裁判官將會審查您的上訴並給您答覆。

- **如果答覆是批准，則上訴流程就此結束**。我們必須在得知決定後的**72小時內（加急上訴則為24小時）授權或提供**獲得行政法官或律師裁判官批准的**藥物保險，或在得知決定後的30個日曆日內進行付款**。
- **如果答覆是拒絕，上訴流程可能就此結束也可能尚未結束**。
  - 如果您決定接受拒絕您上訴的這個決定，上訴流程即結束。
  - 如果您不想接受該決定，可繼續進入下一級審查流程。您收到的通知將告訴您如何處理4級上訴。

4級上訴

聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 上訴委員會（以下簡稱「委員會」）將審查您的上訴並給您答覆。該委員會是屬於聯邦政府的一部分。

- **如果答覆是批准，則上訴流程就此結束**。我們必須在得知決定後的**72小時內（加急上訴則為24小時）授權或提供**獲得委員會批准的**藥物保險，或在得知決定後的30個日曆日內進行付款**。
- **如果答覆是拒絕，上訴流程可能就此結束也可能尚未結束**。
  - 如果您決定接受拒絕您上訴的這個決定，上訴流程即結束。
  - 如果您不接受該決定，則可以繼續進入下一級審查流程。如果理事會拒絕您的上訴，或拒絕您審查上訴的要求，該通知將會說明按照規定是否允許您繼續提出5級上訴。如果您選擇繼續上訴，該通知也將說明應當與誰聯絡和後續應採取的行動。

5級上訴

聯邦地方法院的法官將會審查您的上訴。

法官將審查所有資訊，並決定批准或拒絕您的要求。這是最終答覆。在聯邦地方法院之後沒有更高的上訴級別。

提出投訴

第10節 如何提出有關醫護品質、候診時間、客戶服務或其他疑慮的投訴

第10.1節 投訴流程處理何種類型的問題？

投訴流程僅適用於某些類型的問題。其中包括與醫護品質、候診時間，以及客戶服務有關的問題。以下是投訴流程處理的問題類型示例。

投訴	示例
您的醫療護理品質	• 您是否對所獲得的醫療護理品質（包括在醫院的護理）不滿意？
尊重您的私隱	• 是否有人不尊重您的私隱或共享機密資訊？
不尊重、惡劣的客戶服務或其他負面行為	• 是否有人對您粗魯無禮？ • 您對我們的會員服務部是否不滿意？ • 您是否感到您被鼓勵退出本計劃？
等候時間	• 您是否很難獲得預約，或是等太久才能取得預約？ • 醫生、藥劑師或其他健康專業人員是否讓您等候太久？或者，我們的會員服務部或本計劃的其他工作人員是否讓您等候太久？ o 舉例包括在電話、候診室、檢查室，或者配取處方藥時等候太久。
清潔	• 您是否對診所、醫院或醫生辦公室的清潔或狀況感到不滿？
您從我們這裡獲得的資訊	• 我們未能提供您必要的通知？ • 我們給您的書面資訊難以理解？

投訴	示例
及時性 （此類投訴均涉及有關我們對承保決定和上訴所採取的行動是否及時）	如果您要求承保決定或提出上訴，並認為我們的回應不夠迅速，您可對我們的遲緩提出投訴。以下是一些範例： • 您向我們申請快速承保決定或快速上訴，而我們表示拒絕，您可以提出投訴。 • 您認為我們未在期限內作出承保決定或上訴決定，您可以提出投訴。 • 針對承保或報銷我們所批准的特定醫療用品或服務或藥物費用，當您認為我們沒有在期限內完成，您可以提出投訴。 • 您認為我們未能符合規定期限，將您的個案提交給獨立審查組織時，您可以提出抱怨。

第10.2節　如何提出投訴

法律術語：

投訴又稱為**申訴**。

提出投訴也稱為**提出申訴**。

採用投訴的流程也稱為**採用提出申訴的流程**。

快速投訴也稱為**加急申訴**。

第1步：透過電話或以書面方式及時與我們聯絡。

- **請撥打1-800-443-0815（聽障及語障電話專線使用者請撥打711）與會員服務部聯絡。**如果您還需要採取任何其他行動，會員服務部將會告知您。
- **如果您不想打電話（或者您打過電話但不滿意），則您可使用書面方式進行投訴並將投訴寄給我們。**如果您以書面形式提出投訴，我們將以書面形式回應您的投訴。當您透過電話提出投訴時，如果您要求書面回應或者您的投訴是與醫護品質有關，我們也會透過書面方式回應。
- **如果您提出投訴，我們將嘗試在電話上解決您的投訴。**如果我們無法在電話上解決您的投訴，我們有審核您投訴的正式程序。您的申訴必須說明您的疑慮，例如您為什麼對您獲得的服務感到不滿。請查閱第2章，瞭解如果您有投訴，應當與誰聯絡。

- 您必須在相關事件發生後60個日曆日內（以口頭或書面方式）向我們提出申訴。我們必須根據您的健康所需儘快處理您的抱申訴但不得遲於收到您投訴後的30個日曆日。如果您要求延期，或者我們有理由需要更多資訊，而且延遲符合您的最佳利益，則我們可以將作決定的期限最多延長14個日曆日。
- 如果我們決定不以加急方式處理承保決定或醫療護理或用品的上訴，或者如果我們延長針對承保決定或醫療護理或用品上訴作出決定所需的時間，您可以提出快速申訴。我們必須在**24小時內**回應您的快速申訴。

- 提出投訴的**截止期限**，是在您遇到您想投訴之問題之日起的60個日曆日內。

第2步：我們審查您的投訴並給您答覆。

- **如果可能，我們將立即給您答覆。**如果您打電話向我們提出投訴，我們可能可以在同一通電話中給您答覆。
- **大多數投訴都會在30個日曆日內獲得答覆。**如果我們需要更多資訊，而且延遲答覆符合您的最佳利益，或者如果您要求更多時間，**我們可能最多需要額外14個日曆日的時間**（總計44個日曆日）來答覆您的投訴。如果我們決定花費額外時間，我們會以書面方式告知您。
- **如果您因為我們拒絕您的快速承保決定或快速上訴要求而提出投訴，我們將自動為您進行快速投訴。**如果您提出快速投訴，這表示我們將在**24小時內給您答覆**。
- **如果我們不同意**您的部分或全部投訴，或者不對您所投訴的問題負責，我們將在對您的回應中包含我們的理由。

第10.3節　您也可向品質改進組織提出醫護品質投訴

當您的投訴涉及醫護品質時，您還有2個額外選項：

- **您可直接向品質改進組織提出投訴**。品質改進組織是一個由執業醫生和其他健康護理專業人員組成的團體並由聯邦政府付費，負責核查和改善向Medicare患者所提供的醫護服務。聯絡資訊請參閱第2章。

或者

- **您可同時向品質改進組織和我們提出投訴**。

第10.4節　您也可以向聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 提出投訴

您可將計劃相關投訴直接提交給Medicare。如欲向聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 提出投訴，請訪問**Medicare.gov/my/medicare-complaint**。您也可撥打**1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**)。聽障及語障電話專線／聽障人士電傳專線使用者請撥打**1-877-486-2048**。

第10章：
終止您在本計劃的會員資格

第1節　終止您在本計劃的會員資格

終止您在本計劃的會員資格可以是**自願**（您自己的選擇）也可以是**非自願的**（並非您自己的選擇）：

- 您可能會因為自己決定退出而離開本計劃。第2節和第3節提供有關自願終止會員資格的資訊。
- 此外，在部分有限情形下，我們必須終止您的會員資格。第5節告訴您在什麼情形下，我們必須終止您的會員資格。

如果您要退出本計劃，本計劃必須繼續為您提供醫療護理和處方藥，而您將繼續支付您的成本分擔，直到您的會員資格終止為止。

第2節　您可在何時終止您在本計劃的會員資格？

第2.1節　　您可在開放入保期終止您的會員資格

您可在**每年的開放入保期**終止您在本計劃的會員資格。在此期間，請檢視您的健康和藥物承保範圍，並決定下一年的承保範圍。

- **開放入保期**為**10月15日至12月7日**。
- **您可選擇保留您目前的保險，或變更下一年的保險。**如果您決定更換至新計劃，您可選擇以下任何類型的保險：
  - 其他有或沒有藥物承保的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 保健計劃，
  - 包含獨立聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 藥物計劃的Original Medicare；或
  - 未包含獨立聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 藥物計劃的Original Medicare。
    - 如果您選擇此選項並獲得額外補助，聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 可能會為您入保藥物計劃，除非您選擇退出自動入保。

註：如果您從聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 藥物保險退保，且您沒有可抵免的處方藥保險連續達63天或更長時間，則如果您以後要加入聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 藥物計劃，您可能需要支付D部分逾期入保罰金。

- 當您新計劃的保險於1月1日開始生效時，**您在本計劃的會員資格將會終止**。

第2.2節　您可在Medicare Advantage開放入保期終止您的會員資格

您可在每年的**Medicare Advantage開放入保期**對您的健康保險進行一次變更。

- **Medicare Advantage開放入保期**是從1月1日至3月31日，也適用於入保MA計劃的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 新受益人，自有權入保Medicare計劃A部分和Medicare計劃B部分當月起，至獲得入保權利第3個月的最後一天為止。
- **在Medicare Advantage開放入保期的期間**，您可以：
    - 轉至其他有或沒有藥物保險的Medicare Advantage計劃。
    - 從本計劃退保並透過Original Medicare獲得承保。如果您在此期間轉至Original Medicare，也可以在當時選擇加入獨立的Medicare藥物計劃。
- **您的會員資格將在**您入保其他Medicare Advantage計劃或我們收到您希望轉換至Original Medicare之要求的次月第一天**終止**。如果您還選擇入保一項聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 藥物計劃，您在該藥物計劃中的會員資格將從藥物計劃收到您入保要求後的次月第一天開始生效。

第2.3節　在某些情形下，您可在特殊入保期終止您的會員資格

在某些情形下，本計劃的會員可能有資格在一年當中的其他時間終止會員資格。這稱為**特殊入保期**。

如果以下任何情形適用於您，**您便可能有資格在特殊入保期終止您的會員資格**。以下僅為舉例說明。如需完整清單，您可與本計劃聯絡、打電話給聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 或訪問**Medicare.gov**。

- 一般而言，當您搬家時
- 如果您投保了Medicaid
- 如果您有資格獲得「額外補助」來支付聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 藥物保險費用
- 如果我們違反了與您簽訂的合約
- 如果您正在某機構接受醫護服務，例如護理院或長期護理 (Long-Term Care, LTC) 醫院
- 如果您入保了老年人全方位護理計劃 (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE)

註：如果您有加入藥物管理計劃，您可能無法更換計劃。第5章第10節將會為您詳細說明藥物管理計劃。

入保期將視您的情形**而異**。

如欲確認您是否符合特殊入保期的資格，請撥打**1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) 與聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 聯絡。聽障及語障電話專線使用者請撥打**1-877-486-2048**。
如果您因特殊情形而有資格終止您的會員資格，您可選擇同時變更您的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 健康保險和處方藥保險。您可選擇：

- 其他有或沒有藥物承保的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 保健計劃，
- 包含獨立聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 藥物計劃的Original Medicare；或
- 未包含獨立聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 藥物計劃的Original Medicare。

註：如果您從聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 藥物保險退保，且您沒有可抵免的處方藥保險連續達63天或更長時間，則如果您之後要加入聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 藥物計劃，您可能需要支付D部分逾期入保罰金。

- **您的會員資格通常會**在我們收到您計劃變更要求的次月第一天**終止**。
- **如果您獲得聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的額外補助來支付藥物的保險費用：**
  如果您轉換至Original Medicare且未入保獨立的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 藥物計劃，聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 可能會為您入保藥物計劃，除非您選擇退出自動入保。

第2.4節　獲得何時可以終止會員資格的更多資訊

如果您對於終止會員資格有任何疑問，您可以：

- **撥打會員服務部免費電話1-800-443-0815（聽障及語障電話專線使用者請致電711）**
- 在**Medicare & You 2027**手冊中找到相關資訊
- 撥打**1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) 與**聯邦醫療保險計劃 (Medicare)** 聯絡。聽障及語障電話專線使用者請撥打**1-877-486-2048**。

第3節　如何終止您在本計劃的會員資格

下表解釋您如何終止您在本計劃中的會員資格。

從本計劃切換到：	以下為您說明此運動的做法：
其他Medicare保健計劃	• 入保新的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 保健計劃。 • 當您的新計劃保險開始生效時，您將自動從本計劃退保。

從本計劃切換到：	以下為您說明此運動的做法：
包含獨立聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 藥物計劃的Original Medicare	• 入保您新選擇的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 藥物計劃。 • 當您的新藥物計劃的承保開始生效時，您將自動從該計劃退保。
未包含獨立聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 藥物計劃的Original Medicare	• **寄送書面退保要求給我們。**如果您需要如何寄送退保要求給我們的更多資訊，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡。 • 您也可以撥打**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 與**聯邦醫療保險計劃 (Medicare)** 聯絡，並要求退保。TTY使用者請撥打**1-877-486-2048**。 • 您的Original Medicare保險開始生效時，您將從本計劃退保。

第4節　在您的會員資格終止之前，您必須繼續透過本計劃獲得您的醫療用品、服務和藥物

在您的會員資格終止以及您新的Medicare保險生效前，您必須繼續透過本計劃獲取醫療服務、用品和處方藥。

- **繼續從我們的網絡保健業者處獲取醫療護理。**
- **繼續使用我們的網絡藥房或透過郵購配領您的處方藥。**
- **如果您在會員資格終止的當日住院，您的住院將由本計劃承保，至到您出院為止**（即使您在新的健康保險開始生效後才出院）。

第5節　在某些情形下，我們必須終止您在本計劃的會員資格

如果發生以下任何情形，我們必須終止您在本計劃的會員資格：

- 如果您不再擁有Medicare A部分和B部分
- 如果您搬出我們的服務區
- 如果您離開我們的服務區超過6個月
    - 如果您搬家或長期旅行，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**），以瞭解搬家或旅行的目的地是否位於本計劃的服務區內

- 如果您從1999年一月以前便一直是本計劃的會員，且您在1999年一月以前住在我們的服務區外，則只要您從1999年一月以前起便一直沒有搬家，您將仍保有本計劃的入保資格。但是，如果您搬到我們服務區外的其他地點，您將會遭到本計劃的退保。
- 如果您被監禁（坐牢）
- 如果您不再是美國公民或美國國民，或不再是符合資格的非公民
- 如果您對自己擁有的其他處方藥保險提供不實資訊或有所隱瞞
- 如果您在入保本計劃時蓄意提供不實資訊，且該資訊會影響您入保本計劃的資格。（除非我們事先得到聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的許可，否則我們不能根據此理由要求您退出本計劃。）
- 如果您持續做出破壞性行為，導致我們很難為您和本計劃的其他會員提供醫療護理。（除非我們事先得到聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的許可，否則我們不能根據此理由要求您退出本計劃。）
- 如果您讓他人使用您的會員卡來獲得醫療護理。（除非我們事先得到聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的許可，否則我們不能根據此理由要求您退出本計劃。）
    - 如果我們為了此理由終止您的會員資格，聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 可能會將您的個案交給總檢察長進行調查
- 如果您因收入而必須支付額外的D部分費用，但卻未支付，則聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 會讓您從本計劃退保，且您將會失去藥物保險

如果您對我們何時可以終止您的會員資格有問題或想獲得更多資訊，請撥打**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡。

第5.1節　我們不得以與您健康相關的任何理由，要求您退出本計劃

我們不得以與您健康相關的任何理由，要求您退出本計劃。

如果發生這種情況，您應當怎麼辦？

如果您認為自己是因為健康相關理由而被要求退出本計劃，請撥打**1-800-MEDICARE**（**1-800-633-4227**）與聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 聯絡。聽障及語障電話專線使用者請撥打**1-877-486-2048**。

第5.2節　如果我們終止您在本計劃的會員資格，您有權提出投訴

如果我們終止您在本計劃的會員資格，我們必須以書面形式告訴您我們終止您會員資格的理由。我們也必須向您解釋如果您要對我們終止您會員資格的決定提出抱怨或投訴，您該怎麼做。

第11章：
法律聲明

第1節　有關管轄法律的聲明

本《承保範圍說明書》文件適用的主要法律是《社會安全法》的第十八章，以及Medicare與Medicaid服務中心 (CMS) 依據《社會安全法》制定的法規。另外，可能也適用其他聯邦法律，而且某些情形下也可能適用您所在州的州法。即使本文件未提到或闡述該相關法律，其也可能會影響您的權利和責任。

第2節　有關反歧視的聲明

我們不會基於人種、族裔、原國籍、膚色、宗教、生理性別、年齡、精神或身體殘障、健康狀況、索賠記錄、病史、遺傳資訊、保險資格證明或服務區內的地理位置等理由而**歧視**他人。提供Medicare Advantage計劃（如本計劃）的所有組織均必須遵守反歧視的聯邦法律，包括《1964年民權法》第六章、《1973年復健法》、《1975年反年齡歧視法》、《美國殘障人士法》、《平價醫療法案》第1557節，以及接受聯邦資助的組織適用的所有其他法律和因任何其他原因而適用的任何其他法律及規定。

如果您想瞭解更多資訊，或對歧視或不公平待遇有疑慮，請撥打**1-800-368-1019**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**1-800-537-7697**）與加州健康與民政服務部的**民權辦公室**聯絡，或打電話給您當地的民權辦公室。您也可以查看加州健康與民政服務部民權辦公室提供的資訊，網址為**HHS.gov/ocr/index.html**。

如果您是殘障人士並需要幫助取得醫護服務，請撥打**1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）與會員服務部聯絡。如果您要提出投訴（例如輪椅出入問題），會員服務部可提供幫助。

第3節　有關聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 第二順位付款方代位求償權的聲明

對於Medicare並非首要付款方的Medicare承保服務，我們有權利和義務收取這些服務的費用。根據42 CFR第422.108和423.462節CMS條例，Kaiser Permanente Senior Advantage作為一個Medicare Advantage組織，將行使與Secretary根據42 CFR第411節B至D條中CMS條例所行使的相同追索權，而且此節中所確定的規則將取代任何州法律。

第4節　對本《承保範圍說明書》的管理

我們可採用合理的政策、程序和解釋，以促使本《承保範圍說明書》獲得井然有序及高效率的管理。

第5節　申請和聲明

您必須按照我們正常業務流程或本《承保範圍說明書》的規定，填寫任何申請表、表格或聲明。

第6節　權利轉讓

未經我們事先書面同意，您不得轉讓本《承保範圍說明書》或本文件所規定的任何權利、利益、金錢索賠權、福利或義務。

第7節　律師及代言人費用和開支

如果會員與Health Plan、Medical Group或Kaiser Foundation Hospital（凱薩基金會醫院）發生任何爭議，除非法律另有規定，否則各方需自行負擔收費和其他費用，包括律師費、代表費和其他費用。

第8節　福利協調

如第1章第7節「其他保險如何與本計劃協調運作」中所述，如果您享有其他保險，您必須將其他保險與Kaiser Permanente Senior Advantage計劃會員保險配合使用，以支付您所接受的醫護服務。這稱為「福利協調」，因為這包括協調您可使用的所有健康福利。您將照例從網絡保健業者獲得承保醫護，而您的其他保險只需用來幫助支付您獲得的醫護費用。

如果您的其他保險是首要付款方，則該方通常需要直接與我們商定其付款份額，無需您的介入。但是，如果首要付款方本應付給我們的款項直接寄給您，則根據聯邦醫療保險計劃(Medicare) 法律規定，您應將這筆首要付款交給我們。有關第三方需承擔責任之情形下的首要付款詳細資訊，請參閱本章第16節；有關工傷賠償案件中首要付款的詳細資訊，請參閱本章第18節。

如果您享有其他健康護理保險，請務必告訴我們。其他保險如有任何變更，請隨時讓我們知悉。

第9節　僱主責任

對於雇主依法必須提供的任何服務，我們不會向雇主付款；如果我們承保任何此類服務，則我們可向雇主追索該等服務的費用。

第10節 《承保範圍說明書》對會員的約束力

選擇本《承保範圍說明書》的保險或接受其福利即表示，所有依法有立約能力的會員和所有無立約能力之會員的法定代表，均同意接受本《承保範圍說明書》的所有條款。

第11節 政府機構的責任

對於依照法律規定僅可由政府機構提供或僅可從政府機構獲得的任何服務，我們不會向政府機構付款；如果我們承保任何此類服務，則我們可向政府機構追索該等服務的費用。

第12節 會員無付款責任

根據我們與網絡保健業者簽訂的合約，您無需為我們所欠的任何款項負責。但是，您從網絡保健業者或網絡外保健業者處獲得的非承保服務費用應由您自行承擔。

第13節 不得視為放棄權利

如果我們未執行本《承保範圍說明書》中的任何條款，這並不表示我們放棄該條款或任何其他條款，也不影響我們今後要求您嚴格執行任何條款的權利。

第14節 聲明

我們給您的通知將寄至我們記錄中的最新地址。如果您的地址有任何變更，您有責任通知我們。如果您搬家，請盡快致電我們的會員服務部（電話號碼列印於本文件的封底）並致電**1-800-772-1213**（聽障及語障電話專線**1-800-325-0778**）與社會安全局聯絡，以通報您的地址變更。

第15節 超額付款追討

我們可向任何收到服務超額付款的人士或任何有義務支付服務費用的人或組織追討該超額付款。

第16節 第三方責任

如第1章第7節所述，導致您受傷或生病的第三方（和／或其保險公司）通常必須在聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 或本計劃之前先行付款。因此，我們有權催繳這些首要付款款項。如果您獲得來自第三方或第三方代表針對您所受的傷害或疾病而支付的判決金或和解金，且您之前已為該傷害或疾病接受了承保服務，則您必須確保我們獲得這些服務的費用補償。

註：本「第三方責任」一節的規定並不影響您為上述服務支付成本分擔的責任。

在法律允許或規定的範圍內，我們應針對第三方或保險公司、政府計劃或其他保險服務提供者行使代位權，以提出所有索賠、訴訟並行使您可能享有的其他權利，從而對第三方涉嫌造成的傷害或疾病，獲得經濟賠償、補償或保障。我們將在向您或您的律師郵寄或送達行使此選擇權的書面通知之日起，行使此代位權。

為了保障我們的權利，如果您或我們對第三方提出的訴訟有任何判決金或和解金，則我們將對您或我們透過其他類型之保險所獲得的任何判決金或和解金享有留置權或補償權，其中包括但不限於：責任險、無保險駕駛人保險、保險不足駕駛人保險、個人責任保護傘、工傷賠償、個人傷害險、醫療給付及其他所有第一方保險類型。您或我們收到的任何判決金或和解金應先用於履行我們的留置權，無論您是否有獲得全額賠償，也無論判決金或和解金總額是否低於您所遭受的實際損失和損害。對於您為了提出損害索賠所雇用的任何律師，我們將無需支付律師酬勞或費用。如果您在不需要採取法律行動的情況下直接將費用償還給我們，我們將允許採購成本折扣。如果我們必須採取法律行動以維護利益，則不提供採購折扣。

在針對第三方提交或呈交索賠或法律訴訟後30日內，您必須向下列地址寄送關於索賠或法律訴訟的書面通知：

The Rawlings Company
One Eden Parkway
P.O. Box 2000
LaGrange, KY 40031-2000
傳真：**1-502-753-7064**

為確認我們可能擁有的任何權利及行使這些權利，您必須完整填寫所有同意書、披露書、授權書、轉讓書及其他文件，包括留置權表格，並郵寄給我們，以指示您的律師、第三方及第三方的責任險承保人直接向我們付款。若未事先經過我們的書面同意，您不得同意放棄、免除或縮減此條款所賦予我們的權利。

如果您的遺產管理人、父母、監護人或保護人根據您的傷害或疾病向第三方提出索賠，則對於您的遺產管理人、父母、監護人或保護人以及您遺產管理人、父母、監護人或保護人所追討的任何和解賠償金或判決金，我們均享有留置權及其他權利，範圍就比照您向第三方提出索賠時的情況。為行使留置權及其它權利，我們可將所享有的權利進行轉讓。

第17節 美國退伍軍人事務部

對於退伍軍人事務部依法必須為從軍所致傷病提供的任何服務，我們不會向退伍軍人事務部付款；如果我們承保任何此類服務，則我們可向退伍軍人事務部追討該等服務的費用。

第18節 工傷賠償或僱主責任福利

如第1章第7節所述，工傷賠償保險通常必須在聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 或本計劃之前先行付款。因此，我們有權催繳工傷賠償或雇主責任法律所規定的首要付款款項。依據工傷賠償或僱主責任的法律規定，您可能有資格獲得償付或其他福利，包括以和解形式收到的款項（統稱為「財務福利」）。即使無法確定您是否有權獲得財務福利，我們也會提供承保服務，但我們可從下列來源追討任何承保服務的費用：

- 任何提供財務福利者或應提供財務福利者。

- 向您本人追討，前提是您已獲得或可獲得財務福利，或者在您積極行使任何工傷賠償或雇主責任法律所賦予您的權利後，必須向您提供或向您給付的財務福利。

第19節 代孕

在會員獲得金錢補償擔任代孕母親的情況下，本計劃將針對與受孕、懷孕和／或分娩相關的所有承保服務劃費用尋求補償。代孕安排是指一名女性同意受孕，而後將所誕下的嬰兒交予意欲撫養此孩子的另一名（或多名）當事人。

第20節 具約束力的仲裁

下方對具約束性仲裁的描述適用於以下會員：

- 所有入保Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual 計劃且其保險於2008年1月1日之前生效的會員；以及
- 所有入保Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual計劃且其保險生效日期為2008年1月1日或之後，且未在入保生效日期起60個日曆日內明確表示退出具約束力仲裁流程的會員。

針對受此「具約束力的仲裁」一節制約的所有索賠，索賠人和應訴人均放棄陪審團審理或法庭審理的權利，並接受使用具約束力的仲裁方式。只要此「具約束力的仲裁」條款適用於Kaiser Permanente當事方提出的索賠，此「具約束力的仲裁」條款對在本《承保範圍說明書》生效日期之前所發生的所有未解決索賠即應具有追溯力。此類追溯適用僅對Kaiser Permanente當事方具有約束力。

仲裁範圍

任何爭議如符合下列所有要求，則應進行具約束力的仲裁：

- 索賠係起因於或涉及涉嫌違反任何職責，而該等職責係伴隨本《承保範圍說明書》或會員當事方與Kaiser Foundation Health Plan, Inc.（保健計劃）的關係而起、因其導致或與其相關，包括針對醫療失當或醫院誤醫所提出的任何索賠（即主張醫療服務或用品不具有必要性、未獲得授權或以不當、疏忽或不具備適當專業能力的方式提供的索賠）、關於場地責任的索賠、涉及服務或用品之承保範圍或提供方式的索賠，無論索賠所依據的法理為何。
- 索賠是由一個或多個會員方對一個或多個Kaiser Permanente關係方所提出，或由一個或多個Kaiser Permanente關係方對一個或多個會員方所提出。
- 準據法並未禁止使用具約束力的仲裁來解決索賠。

根據本《承保範圍說明書》入保的會員將藉此放棄自己的法庭審判或陪審團審判權，並轉而接受使用具約束力的仲裁，但下列類型的索賠不受具約束力的仲裁制約：

- 屬於小額索賠法院之管轄範圍的索賠。
- 需依照Kaiser Permanente Medicare Advantage會員所適用之聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 上訴程序辦理的索賠（請參閱第9章，以瞭解有關聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的上訴資訊）。
- 根據準據法規定，不能受制於具約束力的仲裁的索賠。

在「具約束力的仲裁」一節中所提及之「會員當事方」包括：

- 會員。
- 會員的繼承人、親屬或個人代表。
- 任何聲稱其因會員與一個或多個Kaiser Permanente當事方的關係而需承擔義務者。

「Kaiser Permanente關係方」包括：

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc.（Kaiser基金會保健計劃公司）
- Kaiser Foundation Hospital
- The Permanente Medical Group, Inc
- Southern California Permanente Medical Group
- The Permanente Federation, LLC
- The Permanente Company, LLC
- 任何Southern California Permanente Medical Group或The Permanente Medical Group的醫生。
- 任何個人或組織，且根據其與上述任何組織所簽訂的合約規定，由一個或多個會員方所提出的索賠應透過仲裁解決。
- 上述任何一方的員工或代理人。

「索賠人」是指提出上述索賠的會員方或Kaiser Permanente當事方。「應訴人」是指受到索賠的會員方或Kaiser Permanente當事方。

訴訟規則

仲裁應按照獨立管理人辦公室與Kaiser Permanente及仲裁監督委員會共同協商制定的「受獨立管理人辦公室監督的Kaiser Permanente會員仲裁規則」（簡稱為「仲裁程序規則」）進行。您可向會員服務部索取訴訟規則的副本。

啟動仲裁

索賠人應透過送達仲裁請求發起仲裁。仲裁請求書的內容應包含：對應訴人提出仲裁的理由依據；索賠人透過仲裁要求獲得的損害賠償金額；索賠人及可能聘僱律師的姓名、地址和電話號碼；以及所有應訴人的姓名或名稱。索賠人應在仲裁請求中納入針對應訴人提出的基於同一事件、交易或相關情況的所有索賠。

送達仲裁請求

應將仲裁請求送達至Health Plan、Kaiser Foundation Hospitals、KP Cal, LLC、The Permanente Medical Group, Inc.、Southern California Permanente Medical Group、The Permanente Federation, LLC及Permanente Company, LLC，並透過郵寄方式將仲裁請求轉交給應訴人：

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Legal Department, Professional & Public Liability
1 Kaiser Plaza, 19th Floor
Oakland, CA 94612

被告收訖時應被視為已完成送達。依據《加州民事訴訟法》中關於民事訴訟的規定，應向所有其他應訴人（包括個人）送達仲裁請求。

申請費

每次提出仲裁時，索賠人均應向「仲裁帳戶」支付一次性不可退還的$150申請費，無論在仲裁請求中提出的索賠金額或仲裁請求中列出的索賠人或應訴人人數為何。

若索賠人認為自己經濟極為困難，可向獨立管理人辦公室申請免除申請費和中立仲裁人的費用與開支。欲申請此類費用免除的索賠人應填寫費用豁免申請表 (Fee Waiver Form)，並將表格提交給獨立管理人辦公室，同時送交給應訴人。費用免除申請表中列有免除費用的標準，您可致電向會員服務部索取。

仲裁人人數

仲裁人的人數可能會影響索賠人負責支付中立仲裁人之費用及開支的責任（請參閱「訴訟規則」）。

若仲裁請求書所要求獲得的損害賠償金總額為$200,000或$200,000以下，則爭議應由一名中立仲裁人聽審和裁定，除非當事方在爭議出現後另以書面方式同意且已提交約束仲裁申請，仲裁由兩名當事方仲裁人及一名中立仲裁人聽審。中立仲裁員無權裁定經濟賠償金額超過$200,000的仲裁。

若仲裁請求書所要求獲得的損害賠償金總額超過$200,000，則爭議應由一名中立仲裁員及兩名當事方仲裁員聽審和裁定，一名當事方仲裁員將由所有索賠人共同指定，另一名則由應訴人共同指定。有權選擇當事方委任之仲裁員的當事方，可同意放棄此權利。若所有當事方均同意，此類仲裁將由一名中立仲裁人聽審。

仲裁人費用與開支的付款

如「程序規則」中所述特定條件下，Health Plan將支付中立仲裁員的費用和開支。在其他所有仲裁中，中立仲裁員的費用與開支應由索賠人和應訴人各支付一半。

若當事方選擇由當事方委任的仲裁員，則索賠人應負責支付由其委任的當事方仲裁員的費用和開支，而應訴人應負責支付由其委任的當事方仲裁員的費用和開支。

費用

除前述中立仲裁人的費用與開支外，以及除仲裁適用法律強制要求支付的其他費用外（如本「具約束力的仲裁」一節中所述），各當事方應承擔己方在針對索賠案件進行起訴或辯護過程中所產生的律師費、證人費及其他開支，而不論索賠的性質或仲裁的結果如何。

一般性規定

符合下列條件的索賠應視為棄權並永遠不得再次提出：(1) 在索賠的仲裁請求書送達之日，如該索賠以民事訴訟提出，依適用的訴訟時效規定，對已受送達的應訴人而言，該索賠將因時效屆滿而不得提出；(2) 索賠人未善盡合理努力依照仲裁程序規則提出索賠仲裁；或 (3) 仲裁的聽審在下述日期開始算起的5年內仍未開審：(a) 根據上述仲裁程序規則送達仲裁請求書之日；或 (b) 因索賠所涉及的同一事件、交易或相關情況提出民事訴訟之日，以兩者之中日期較早者為準。中立仲裁員可基於提出的正當理由，駁回依據其它理由提出的索賠。如依照正當程序發出聽證通知後，有一方未能出席仲裁聽證，則中立仲裁員人可在此方缺席的情況下對爭議做出裁決。

1975年《加州醫療傷害賠償規定》（包括任何修訂條例），包括確立舉證權利以提出向患者支付任何保險或殘障理賠的證據、追討非經濟損失的限制以及確立裁決以定期支付未來損害賠償之權利等節，應適用於任何專業疏忽索賠或法律允許或規定的任何其他索賠。

在不違反本「具約束力的仲裁」一節的前提下，仲裁應受到此「具約束力的仲裁」一節、《聯邦仲裁法》第2節以及適用該法規時當時有效的《加州民事訴訟法》中有關仲裁的規定以及仲裁程序規則的約束。根據《聯邦仲裁法》第3節和第4節的適用規定，本「具約束力的仲裁」一節規定的仲裁權不得由於會員當事方和Kaiser Permanente當事方之間的爭議同時涉及可仲裁及不可仲裁的索賠，或由於仲裁的一方或多方同時也是與第三方進行中之待審法院訴訟的當事人，而遭拒絕、暫停或以其他方式受到妨礙，即使該法院訴訟源自相同或相關的交易，且可能導致裁決或裁定彼此衝突，亦不影響仲裁權利。

第12章：
定義

Advantage Plus –（可選的補充福利）– 可支付額外保費購買且未包含在您福利組合中的非聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保福利。您必須自願選擇可選的補充福利才能獲得這些福利。**該補充福利組合涵蓋牙科、助聽器和矯正鏡**福利，需在您的Senior Advantage計劃保費之外額外繳納月保費（請參閱第1章第4.3節以獲取詳情）。

承保額 – 您可用於扣抵某用品或服務費用的特定金額。如果您所選擇的用品或服務的費用超過該承保額，則您將需支付超出承保額的金額，且該金額不會計入您的自付額上限中。

門診手術中心 – 門診手術中心是一個專營機構，旨在向無需住院且在中心停留時間預計不超過24小時的患者提供門診手術服務。

年度入保期 – 在每年的10月15日至12月7日期間，會員可以變更其保健計劃或藥物計劃，或轉換至Original Medicare。

上訴 – 上訴係指如果我們決定拒絕承保您的健康護理服務或處方藥，或拒絕支付您已獲得的服務或藥物費用，而您不同意我們的決定時所採取的行動。如果您不同意我們停止您正在接受之服務的決定，您也可以提出上訴。

差額收費 – 保健業者（如醫生或醫院）向患者開具的帳單金額高於本計劃所允許之成本分擔額的情形。身為該計劃會員，您在獲得該計劃承保的服務時，您僅需支付該計劃的成本分擔金額。我們不允許保健業者向您收取**差額收費**，或向您收取超過本計劃規定您必須支付的成本分擔額。

福利有效期 – 本計劃和Original Medicare衡量您使用專業護理院 (SNF) 服務的方式。福利有效期從您住進專業護理院的第一天開始計算。如果您連續60天未獲得任何專業護理院 (SNF) 的專業護理，則福利有效期即結束。如果您在福利有效期結束後住進專業護理院，則新的福利有效期即開始。福利有效期無數量限制。

生物製品 – 由動物細胞、植物細胞、細菌或酵母等天然活體來源製成的處方藥。生物製品比其他藥物更複雜，無法完全複製，因此替代形式被稱為生物仿製藥。（請參閱「**原始生物製品**」和「**生物仿製藥**」）。

生物仿製藥 – 非常類似但不同於原始生物製品的生物製品。生物仿製藥與原創生物製品一樣安全有效。部分生物仿製藥可以在藥房替代原始生物製品，不需要新的處方（請參閱「**可互換的生物仿製藥**」）。

品牌藥 – 由最初研發藥物的製藥公司製造和銷售的處方藥。品牌藥與學名藥具有相同的活性成份藥方。但是，學名藥是由其他藥廠製造和銷售，且通常會在品牌藥專利到期之後才會提供。

重大傷病承保階段 – D部分藥物福利的階段，在您（或其他代表您的合格方）於承保年度期間為D部分承保藥物支付**$2,400**後開始進入。在此付款階段，您無需為D部分承保藥物支付任何費用。

Medicare與Medicaid服務中心 (CMS) – 管理聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的聯邦機構。

共保額 – 作為服務或處方藥的成本分擔，您可能需支付的金額，以計劃收費的百分比（例如20%）表示。

投訴 – 提出投訴的正式名稱是**提出申訴**。投訴流程只用於某些類型的問題。這包括與您獲得的醫護品質、候診時間，以及客戶服務有關的問題。這也包括若本計劃在上訴流程中未遵守期限所提出的投訴。

完整承付藥物手冊（承付藥物手冊或「藥物清單」）– 本計劃所承保的處方藥清單。

綜合門診復健設施 (CORF) – 主要為病患或傷患提供復健服務的設施，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職能治療、言語和語言病理學服務，以及居家環境評估服務。

福利協調 (COB) – 福利協調是一項規定，用於在您享有其他保險的情形下確定索賠的支付順序。如果您同時享有Medicare和其他健康保險或承保，每個類型的保險就稱為付款方。如果有一個以上的付款方，則由福利協調規則決定由哪一方先行支付。首要付款方先支付在您帳單上其應支付的部分，然後將剩餘部分交給次要付款方支付。如果本應交給我們的付款直接寄給您，則根據Medicare法律規定，您需要將該付款交給我們。在某些情形下，可能還有第三個付款方。請參閱第1章第7節和第11章第8節以瞭解更多資訊。

共付額 – 作為醫療服務或用品（例如醫生看診、醫院門診就診或處方藥）的成本分擔，您可能需支付的金額。共付額是一個固定金額（例如：$10），而不是百分比。

成本分擔 – 成本分擔係指會員在獲得服務或藥物時必須支付的金額。（這是本計劃月保費以外的額外金額）。成本分擔包括以下3類付款的任何組合：(1) 在服務或藥物獲得承保之前，計劃可能收取的任何免賠額；(2) 在獲得特定服務或藥物時，計劃要求支付的任何固定共付額；或 (3) 在獲得特定服務或藥物時，計劃要求支付的任何共保額，該金額占服務或藥物支付總額的一定比例。**註：**在某些情況下，您在接受服務時可能無需支付所有適用的成本分擔，而我們會在日後將成本分擔的帳單寄給您。例如，如果您在排定的預防醫護就診期間接受非預防醫護，我們在日後可將適用於非預防醫護的成本分擔金額帳單寄給您。對於預先訂購的用品，您將需支付在訂購當日現行有效的成本分擔（除非您在收到用品當日仍享有保險，否則我們將不會承保該用品），且您可能在訂購該用品時便必須支付成本分擔。對於門診處方藥，訂購日期是藥房在收到配藥所需的所有資訊後處理訂單的日期。

成本分擔層級 –《2027年完整承付藥物手冊》中的每種藥物均分屬於六個成本分擔層級中的其中一個層級。一般而言，成本分擔層級越高，您需要支付的藥費也越高。

承保裁決 – 針對您的處方藥是否屬於本計劃承保範圍以及針對您需為處方藥支付多少金額（如有）所作的決定。一般而言，如果您將處方帶到藥房，而藥房告訴您該處方不屬於該計劃的承保範圍，這並不是承保判定。您需要致電或致函我們，要求對承保範圍作出正式決定。本文件中的承保裁決稱為**承保決定**。

承保藥物 – 我們使用該術語來泛指屬於本計劃承保範圍的所有處方藥。

承保服務 – 我們使用本術語來泛指屬於本計劃承保範圍的所有保健服務和用品。

可抵免處方藥保險 – 平均支付額預計至少與聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 標準處方藥保險金額相當的處方藥保險（例如，僱主或工會提供的保險）。擁有這種保險的人在符合入保聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 資格時如果決定之後才入保聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 處方藥保險，一般可以保留該保險而無需支付罰金。

監督護理 – 監督護理是指當您無需專業醫療護理或專業技能護士護理時，由護理院、安寧護理或其他設施提供的個人護理。沒有專業技能或未經培訓的人員所提供的監督護理，包括協助日常生活的活動，例如沐浴、穿衣、進食、上下床、坐下或起身、行走和使用浴室等。它也可能包括大部分人可自己完成的健康相關護理，例如點眼藥水。聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 不會支付監督護理費用。

每日成本分擔費率 – 當醫生為您開某藥物不到一整個月的藥量且您必須支付共付額時，每日成本分擔費率可能適用。每日成本分擔費率是共付額除以該月的用藥天數。以下是示例：如果您某藥物一個月藥量的共付額為$30，而本計劃一個月的藥量為30天，那麼您的每日成本分擔費率為每天$1。

免賠額 – 在本計劃開始支付費用之前，您必須為健康護理或處方藥所支付的金額。

退保 – 終止您在本計劃會員身分的流程。

配藥費 – 每次配領承保藥物時均要收取的處方配藥費用，例如藥劑師準備和包裝處方藥的時間。

雙重合格特殊需求計劃 (D-SNP) – D-SNP為同時有權享有聯邦醫療保險計劃 (Medicare)（《社會安全法》的第十八章）以及州政府計劃根據聯邦／州醫療保健輔助計劃（《社會安全法》的第十九章）所提供之醫療援助的人士提供入保。各州依據州與個人的入保資格，承保部分的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 費用。

符合雙重資格的人士 – 同時符合聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 和聯邦／州醫療保健輔助計劃保險入保資格的人士。

耐用醫療器材 (DME) – 由您的醫生基於醫療原因而開醫囑的某些醫療器材。示例包括助行器、輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、靜脈注射泵浦、語音溝通裝置、氧氣設備、噴霧器或由保健業者開醫囑並供居家使用的病床。

急診 – 一種醫療緊急狀況，您或任何其他具備一般健康和醫學常識的審慎非專業人士認為，您出現的醫療症狀需要即刻就醫，以防失去生命（以及，如果您懷孕，失去腹中胎兒）、失去四肢或四肢功能，失去身體功能，或造成嚴重的身體功能障礙。這些醫療症狀可能包括疾病、受傷、劇痛或迅速惡化的病情。

急診護理 – 符合下列條件的承保服務 (1) 由具有提供急診服務資格的保健業者提供；以及 (2) 因治療、評估或穩定急診病症所需。

急診病症 – 是指表現為相當嚴重之急性症狀（包括劇痛）的醫療或精神健康病症，以致於具備一般健康和醫學常識的審慎非專業人士可以合理預期，如果不即刻就醫，可能會導致以下後果：

- 嚴重威脅到個人的健康，或如果是孕婦，將嚴重威脅到孕婦和胎兒的健康；
- 嚴重損害身體機能；或
- 嚴重損害任何身體器官或肢體功能。

承保範圍說明書 (EOC) 和披露資訊 – 本文件連同您的入保申請表和任何其他附件、附約或其他您所選擇的可選保險，這些文件會向您說明您的承保範圍、我們的義務、您的權利以及您身為本計劃會員的義務。

例外處理 – 承保決定的一種，如經批准，您可獲得未列於《承付藥物手冊》中的藥物（《承付藥物手冊》例外處理），或者您可按照較低成本分擔層級的規定獲得非首選藥物（層級例外處理）。如果本計劃要求您在獲得所申請的藥物之前先嘗試另一種藥物、如果本計劃要求某藥物必須獲得事前授權書，而您希望我們免除該標準限制（《承付藥物手冊》例外處理），您也可以申請例外處理。

不受保藥物 – 不屬於《美國法典》(United States Code, U.S.C.) 第42篇第1395w-102(e) 節所定義之D部分承保藥物的藥物。

額外補助 – 幫助收入和資源有限者支付聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 處方藥計劃費用（例如保費、免賠額和共保額）的一項聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 方案。

學名藥 – 食品及藥物管理署 (FDA) 批准的處方藥，具有與品牌藥相同的活性成分。一般而言，學名藥具有和品牌藥同等的效力且費用通常較低。

申訴 – 您針對本計劃、保健業者或藥房提出的一種投訴，包括有關醫護品質的投訴。這不涉及承保範圍或付款爭議。

居家健康助理 – 提供不需要持照護士或治療師技能之服務的人士，如幫助進行個人護理（例如洗澡、如廁、穿衣或從事醫囑的運動）。

居家健康護理 – 為了治療疾病或傷害而在您家中進行的專業技能護士護理和其他某些保健服務。承保服務項目均列於第4章第2節的「醫療福利表」。我們根據聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 準則承保居家健康護理。居家健康護理可能包括居家健康助理的服務，條件是該服務是屬於針對疾病或受傷而提供的居家健康護理計劃的一部分。除非您同時接受承保的專業服務，否則此類服務不屬於承保範圍。居家健康服務不包括家務服務、飲食服務安排或居家全職護理。

安寧護理 – 對於經過醫學證明患有末期疾病、即預期壽命為6個月或更短的會員提供特殊治療的福利。本計劃必須為您提供所在地理區域的安寧護理清單。如果您選擇安寧護理並繼續給付保費，您仍然是本計劃的會員。您仍可獲得所有醫療上必要的服務以及我們提供的補充福利。

醫院住院 – 您已正式入住醫院接受專業醫療服務時，即屬於住院。即使您在醫院過夜，您仍可能會被視為是門診患者。

與收入相關的每月調整金額 (IRMAA) – 如果您在2年前國稅局 (IRS) 報稅申報單上的經修改調整總收入超過某金額，您將需支付標準保費金額以及與收入相關的每月調整金額，也稱為IRMAA。IRMAA是您保費的額外費用。不到5%的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 入保人會受到影響，因此大多數人無需支付更高的保費。

初始承保階段 – 這是您支付免賠額（如適用）之後，以及您在當年度的自付費用達到自付費用門檻金額之前的階段。

初始入保期 – 您在首次獲得聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 入保資格時，可註冊Medicare A部分和B部分的期間。如果您在滿65歲時獲得聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 入保資格，則您的初始入保期為7個月，從您年滿65歲前的3個月開始（包括您65歲生日當月），到您年滿65歲後的3個月結束。

住院醫療護理 – 您在急症醫護綜合醫院住院期間接受的健康護理。

可互換的生物仿製藥 – 可在藥房作為原始生物製品替代品使用的生物仿製藥，不需要新的處方，因這符合有關自動替代可能性的額外要求。在藥房進行自動替代應遵守州法律。

Kaiser Foundation Health Plan（保健計劃） – 北加州地區的Kaiser Foundation Health Plan, Inc.（Kaiser基金會保健計劃公司）是一家非營利公司和Medicare Advantage組織。本《承保範圍說明書》有時會以「我們」代稱保健計劃。

Kaiser Foundation Hospital（Kaiser基金會醫院） – 由Kaiser Foundation Hospitals（Kaiser基金會醫院）持有和經營的網絡醫院。

Kaiser Permanente – 保健計劃、專業醫療服務集團及Kaiser Foundation Hospitals（Kaiser基金會醫院）。

Kaiser Permanente地區（地區）– 提供直接服務型保健計劃的Kaiser Foundation Health Plan組織。如果您在我們的服務區外，您可以透過其他Kaiser Permanente 地區服務區的指定保健業者，獲得醫療上必要的慢性疾病保健服務和持續性醫護。請參閱第3章第2.4節，以瞭解更多資訊。

長期護理醫院 – 經聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 認證的急症醫護醫院，通常提供聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保服務，例如綜合復健、呼吸治療、頭部創傷治療以及疼痛管理。這類醫院不是長期護理設施，例如康復或生活輔助設施。

低收入補助 (LIS) – 請參閱「額外補助」。

製造商折扣計劃 – 藥廠為D部分承保品牌藥和生物製劑為計劃的全額費用支付部分費用的計劃。折扣是以聯邦政府與藥廠之間的協議為依據。

最高公平價格 – 聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 為特定藥物協商出的價格。

自付上限 – 在日曆年度期間，您為網絡內承保的Medicare計劃A部分和Medicare計劃B部分服務自付的最高金額。您為計劃保費、MedicareA部分和B部分保費以及D部分處方藥支付的金額不會計入自付上限中。

聯邦／州醫療保健輔助計劃（或醫療補助）– 幫助部分低收入和資源有限的人士支付醫療費用的聯邦和州政府聯合計劃。各州的聯邦／州醫療保健輔助計劃各有不同，但若您同時具有聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 和聯邦／州醫療保健輔助計劃的資格，則大多數健康護理費用均可獲得承保。

醫療護理或服務 – 健康護理服務或用品。部分健康護理用品的示例包括Medicare A部分或B部分承保的耐用醫療器材、眼鏡和藥物，但不包括MedicareD部分承保的藥物。

專業醫療服務集團 – 與本計劃簽訂合約以向您提供承保服務的計劃保健業者網絡。我們的專業醫療服務集團名稱為The Permanente Medical Group, Inc.，是一家營利性專業公司。

醫療上接受的適應症 – 在使用上受到食品及藥物管理署 (FDA) 批准或者有某些參考資料（例如American Hospital Formulary Service Drug Information與Micromedex DRUGDEX Information System）的佐證。

醫療上必要的 – 服務、用品或藥物對於您病症的預防、診斷或治療具有必要性，且滿足獲得認可的醫療執業規範。

聯邦醫療保險計劃 (Medicare) – 針對年滿65歲或65歲以上、部分未滿65歲且有某些殘障的人士以及末期腎病患者（一般是指患有永久性腎衰竭且需要洗腎或腎臟移植的人士）提供的聯邦健康保險計劃。

Medicare Advantage開放入保期 – 每年的1月1日至3月31日期間，Medicare Advantage計劃的會員可以取消其計劃入保並轉換至另一項Medicare Advantage計劃，或者透過Original Medicare獲得承保。如果您在此期間轉至Original Medicare，您也可以在當時選擇加入獨立的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 處方藥計劃。Medicare Advantage開放入保期也適用於個人首次獲得聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 資格之後的3個月期間。

Medicare Advantage (MA) 計劃 – 有時稱為Medicare C部分。由與聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 簽約的私人公司提供，以向您提供所有Medicare A部分和B部分福利的計劃。Medicare Advantage計劃可以是 i) 健康維護組織 (HMO)、ii) 優先醫療機構組織 (PPO)、iii) 私人付費服務計劃 (PFFS)，或 iv) Medicare醫療儲蓄帳戶 (MSA) 計劃。除了從這些類型的計劃中選擇，Medicare Advantage HMO或PPO計劃也可以是Special Needs計劃 (SNP)。大多數情形下，Medicare Advantage計劃也提供Medicare 計劃D部分（處方藥保險）。這些計劃稱為**包含處方藥保險的Medicare Advantage計劃。**

聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保服務 – Medicare A部分和B部分的承保服務。所有聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 保健計劃均必須承保屬於Medicare A部分和B部分承保範圍的所有服務。聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保服務一詞不包括Medicare Advantage計劃可能提供的視力、牙科或聽力等額外福利。

聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 保健計劃 – 由與聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 簽約的私人公司提供的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 保健計劃，旨在為入保本計劃的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 持有人提供Medicare計劃A部分和B部分福利。該術語包含所有的Medicare Advantage計劃、Medicare Cost計劃、特殊需求計劃、示範／試行計劃以及老年人全方位護理計劃 (PACE)。

聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 處方藥保險（Medicare D部分）– 幫助支付不屬於Medicare A部分或B部分承保範圍之門診處方藥、疫苗、生物製品和部分用品的保險。

藥物治療管理 (MTM) 計劃 – 針對複雜健康需求所提供的Medicare D部分計劃，適用於符合某些要求或有參加藥物管理計劃的人士。藥物治療管理 (MTM) 服務通常包括與藥劑師或保健業者討論評估用藥情況。

聯邦醫療補充計劃（聯邦醫療保險計劃 [Medicare] 補充保險）– 由私人保險公司銷售，用以填補Original Medicare保險缺口的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 補充保險。Medigap保單僅對Original Medicare有效。（Medicare Advantage計劃不屬於聯邦醫療補充計劃。）

會員（本計劃會員或計劃會員）– 享有聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 且有資格獲得承保服務、已經入保本計劃且其入保已獲得Medicare與Medicaid服務中心 (CMS) 確認的人士。

會員服務部 – 本計劃中負責回答您有關會員資格、福利、申訴和上訴等問題的部門。

網絡藥房 – 與本計劃簽約，讓本計劃會員可獲得處方藥福利的藥房。大多數情況下，只有當您在網絡藥房配藥時，您的處方藥才會獲得承保。

網絡醫生 – 任何受雇於專業醫療服務集團的持照醫生，或是簽訂合約為會員提供服務的任何持照醫生（但不包括只提供轉診服務的簽約醫生）。

網絡保健業者 – 保健業者是通用術語，用以代表由聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 和州政府授予執照或認證，旨在提供保健服務的醫生、其他保健專業人員（包括但不限於醫生助理、護理師和護士）、醫院及其他保健設施。**網絡保健業者**與本計劃簽訂協議，接受我們的付款作為全額付款，且在某些情形下為本計劃會員協調並提供承保服務。網絡保健業者也稱為**計劃內保健業者**。

開放入保期 – 在每年的10月15日至12月7日期間，會員可以變更其保健計劃或藥物計劃，或轉換至Original Medicare。

組織裁決 – 本計劃針對有關用品或服務是否屬於承保範圍，或您需要為承保用品或服務支付多少費用所做的決定。組織裁決在本文件中稱為承保決定。

原始生物製品 – 經由食品及藥物管理署 (FDA) 批准並供製作生物仿製藥版本的製造商進行比較的生物製品。這也稱為參考產品。

Original Medicare（傳統聯邦醫療保險計劃 [Medicare] 或按服務收費的聯邦醫療保險計劃 [Medicare]) – Original Medicare是由政府提供，其不像Medicare Advantage計劃和處方藥計劃是私人保健計劃。在Original Medicare中，透過按國會規定的給付額度向醫生、醫院及其他保健業者支付報酬來承保聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 服務。您可以去看接受聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的任何醫生、醫院或其他保健業者。您必須支付免賠額。聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 支付聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 核准的分擔費用，而您支付自己的分擔費用。Original Medicare有2個部分：A部分（住院保險）和B部分（醫療保險），適用於美國任何地方。

網絡外藥房 – 未與本計劃簽訂合約為本計劃會員協調或提供承保藥物的藥房。除非某些條件適用，否則您從網絡外藥房取得的大多數藥物不會獲得本計劃的承保。

網絡外保健業者或網絡外設施 – 未與本計劃簽訂合約，無法為本計劃會員協調或提供承保服務的保健業者或設施。網絡外保健業者是指非由本計劃僱用、擁有或管理的保健業者。

自付費用 – 請參閱前文「成本分擔」的定義。會員為所獲得的服務或藥物支付一部分費用的成本分擔要求，也稱為會員的自付費用要求。

自付費用門檻 – 您為D部分藥物所支付的自付費用金額上限。

PACE計劃 – PACE（老年人全方位護理計劃）計劃結合了針對體弱者的醫療、社會、以及長期服務和支援 (LTSS)，以幫助他們盡可能長期保持獨立，並在自己的社區生活（而不是入住護理院）。入保PACE計劃者可透過本計劃同時獲得聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 和聯邦／州醫療保健輔助計劃的福利。

C部分 – 請參閱Medicare Advantage (MA) 計劃。

D部分 – 自願性聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 處方藥福利計劃。

D部分藥物 – 屬於D部分承保範圍的藥物。我們可能會也可能不會提供所有D部分藥物。某些類別的藥物已被國會排除在計劃D部分藥物的承保範圍之外。某些類別的D部分藥物必須獲得所有計劃的承保。

D部分逾期入保罰金 –在您首次有資格加入D部分計劃之後，若您未享有可抵免保險（平均預期支付額至少與聯邦醫療保險計劃 [Medicare] 標準處方藥保險相當的保險）的時間連續達63天或63天以上，您的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 藥物保險計劃月保費會增加的金額。

計劃 – Kaiser Permanente Senior Advantage。

計劃收費 – 計劃收費是指下列項目：

- 專業醫療服務集團或Kaiser Foundation Hospital提供的服務：專業醫療服務集團和Kaiser Foundation Hospital將按Health Plan費用表中的費用針對為會員提供的服務收費。
- 針對按人頭收費的保健業者（專業醫療服務集團或Kaiser Foundation Hospital除外）提供的服務，Kaiser Permanente與按人頭收費的保健業者協商之費用表中的費用。
- 針對從Kaiser Permanente所擁有和經營之藥房所取得的項目：如果會員的福利計劃不承保該項目，則是指藥房針對該項目向會員收取的費用（此費用是下列項目的預估費用：取得、保存與發配藥物的費用、向會員提供Kaiser Permanente藥房服務的直接和間接費用，以及藥房計劃針對Health Plan淨利規定所進行的供款）。
- 對於所有其他服務，則費用指Kaiser Permanente為服務所支付的費用，或者，如果Kaiser Permanente要扣除付款中的成本分擔額，則費用指在未扣除成本分擔額的情況下Kaiser Permanente可能要支付的費用。

病情穩定後護理 – 在診療醫生判斷您的病況在臨床上已經穩定後所接受之與該急診病症有關及且為醫療上必要的服務。當您的診療醫生認為，根據合理的醫療可能性和公認的醫療標準，您已經可以安全出院或轉院，而且預期您的病情不會在出院或轉院過程中惡化，或因為出院或轉院而惡化時，即視為臨床穩定。

優先醫療機構組織 (PPO) 計劃 – 優先醫療機構組織計劃是一項Medicare Advantage計劃，擁有合約保健業者網絡，這些保健業者均同意以規定的付款金額為計劃會員提供治療。PPO計劃必須涵蓋所有計劃福利，無論是從網絡內還是網絡外醫護人員處獲得。如果從網絡外保健業者獲得計劃福利，會員的成本分擔通常較高。對於您從網絡（首選）保健業者處獲得的服務，優先醫療機構組織 (PPO) 計劃對自付費用有年度上限；而從網絡內（首選）和網絡外（非首選）保健業者處獲得的服務，合計的總自付費用上限會更高。

保費 – 針對健康保險或處方藥保險定期支付給聯邦醫療保險計劃 (Medicare)、保險公司或保健計劃的費用。

預防性服務 – 幫助您保持健康、及早發現健康問題、決定最有效治療方式及預防某些疾病的保健服務。預防性服務包括檢查、注射、化驗及篩檢。預防性服務也包括幫助您照顧自己健康的健康監控以及諮詢和教育計劃。

基本保健業者 (PCP) – 針對大多數健康問題首先求診的醫生或其他保健業者。在許多聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 保健計劃中，您必須先接受基本保健業者看診，然後才能接受任何其他保健業者看診。

事前授權書 – 根據特定標準事先批准獲得服務和／或某些藥物。需要事前授權書的承保服務在第4章的「醫療福利表」中有加以標記。需要事前授權書的承保藥物在承付藥物手冊中有加以標記，我們的標準也發布在我們的網站上。

假體和矯形裝置 – 醫療裝置，包括但不限於手臂、背部和頸部支架、義肢、義眼，以及取代體內身體部位或功能所需的裝置，包括造口術和泌尿用品，以及腸內及腸外營養治療。

品質改進組織 (QIO) – 由執業醫生和其他健康護理專家組成的團體，由聯邦政府支付費用，負責檢查並改進向聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 患者提供的醫護服務。

「即時福利工具」– 一項入口網站或電腦應用程式，入保人可以在其中查詢完整、準確、及時、具有臨床適當性、適用於特定入保人的承付藥物手冊和福利資訊。這包括成本分擔金額、可用於治療與特定藥物相同疾病的替代承付藥物手冊藥物，以及適用於替代藥物的承保範圍限制（事前授權書、階段治療、藥量限制）。

轉診 – 由基本保健醫生提供的書面醫囑，讓您能夠前往專科醫生處就診或接受某些醫療服務。如果未經轉診，本計劃可能不會支付專科醫生的服務費用。

復健服務 – 這些服務包括住院復健護理、物理治療（門診）、言語和語言治療以及職能治療。

特定藥物 – 屬於D部分承保範圍，且聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 已為其協商最高公平價格的藥物。

服務區 – 您為加入特定的保健計劃，而必須居住的地理區域。如果計劃限制您可使用哪位醫生和哪些醫院，服務區通常是您可獲得例行（非緊急）服務的地區。如果您永久搬出本計劃的服務區，我們必須讓您退保。

北加州地區的服務區在第1章第2.2節中加以說明。就保費、成本分擔、入保和退保而言，本地區的服務區有多種Senior Advantage計劃，具體內容詳見本《承保範圍說明書》。不過，就獲得承保服務而言，您可以在本地區服務區內任何地方獲得網絡保健業者的醫護服務。

服務 – 保健服務、用品或項目。

專業護理院 (SNF) 醫療護理 – 由專業護理院每天連續提供的專業護理和復健服務。醫療護理的示例包括僅可由註冊護士或醫生進行的物理治療或靜脈注射。

特殊入保期 – 會員可以變更其保健計劃或藥物計劃，或轉回至Original Medicare的固定時間。您可能有資格享有特殊入保期的情形包括：您搬出服務區；您獲得額外補助以支付您的處方藥費用；您搬入護理院；或是我們違反了與您簽訂的合約。

特殊需求計劃 – 一項特殊的Medicare Advantage計劃，為特定族群提供更集中的保健服務，例如同時擁有聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 和聯邦／州醫療保健輔助計劃者、住在護理院者或患有某些慢性病況者。

專科層級藥物 – 我們承付藥物手冊中經食品及藥物管理署 (FDA) 批准且費用極高的藥物。

聯邦社保補助金 (Supplemental Security Income, SSI) – 由社會安全局向收入和資源有限且有殘障、失明或年滿65歲及65歲以上者支付的每月福利。聯邦社保補助金 (SSI) 福利與社會安全福利不同。

緊急需求服務 – 需要即刻就醫的計劃承保服務是指不屬於急診的緊急需求服務，適用於您暫時位於本計劃服務區外；或考量您的時間、所在地點及當時狀況，從網絡保健業者處取得該服務並不合理的情況。緊急需求服務的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害或現有狀況的意外突發。對於醫療上必要的例行保健業者看診（例如年度體檢），即使您不在本計劃的服務區內或本計劃網絡暫時無法提供服務，其也不屬於緊急需求服務。

KAISER PERMANENTE®

Kaiser Permanente Senior Advantage會員服務

方法	會員服務部 – 聯絡資訊
致電	**1-800-443-0815** 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，上午8點至晚上8點。 會員服務部還為英語為非母語的人士提供免費語言口譯服務， 電話：**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線使用者請撥打**711**）。
聽障及語障電話專線	**711** 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，上午8點至晚上8點。
致函	您當地的會員服務辦事處（請參閱《保健業者名錄》以查詢地點）。
網站	**kp.org**

州健康保險補助計劃

州健康保險補助計劃 (SHIP) 是由聯邦政府提供資金的州政府計劃，為享有聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的人士免費提供當地的健康保險諮詢。請參閱第2章第3節查看SHIP聯絡資訊。

文書減省法令 (Paperwork Reduction Act, PRA) 聲明 根據1995年《文書減省法令》規定，除非出示有效的預算管理局 (OMB) 管制編號，否則任何人都不需要針對資訊收集作出回應。此項資訊蒐集的有效OMB管制編號為0938-1051。如果您有意見或想提出改進本表的建議，請寄信至：*CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850*。